الحقيبة التدريبية :

برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الاصلاحيات ومراكز إعادة التأهيل .

الملاحق

سلسلة الارشاد النفسي والأسري

والبرامج التدريبية السلوكية التعليمية

دار النشر

بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب

بالرياض

الحقيبة التدريبية :

برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الاصلاحيات ومراكز إعادة التأهيل.

الملاحـــــق

الدكتور محمد حمدي حجار

سلسلة الارشاد النفسي والأسري
والبرامج التدريبية السلوكية التعليمية

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض

١٤١٣هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويـــــات

الملاحـــــق

الملحــق رقم (١)

سلسلة الارشاد النفسي
تأثير الأسرة والمدرسة والأصدقاء
على سلوك تعاطي المخدرات عند المراهقين والصغار

التوطئـــــة :

في السلسـلة الأولى من الارشـاد الأسـري تـكلمـنـا عن الـقــوى الاجتمـاعية وعـوامل النمـو البيولـوجي أو السيكولـوجي الموهبـة لتعاطي المخدرات عند الصغار والمراهقين.

في هـذه السلسلة يحسن بنا أن نلقي ظـلالاً من الوعي والمعـرفة عـلى نظريات أسبـاب السلوك الادماني (وهـذا ما يجب أن يعـرفه الآبـاء) والتي تمكننـا من معرفـة السلوك الـذي ينحـو نحـو المـراهقـين والأولاد، والتنبؤ بمستوى مخاطر النزوع نحـو تعاطي المخـدرات عند هؤلاء، وأملنـا في هذا الشرح أن يكون ثقافة ووعياً يضع الآباء في بؤرة المسئولية تجاه أبنائهم.

١ ـ المنظورات النفسية في السلوك الادماني:

إن المنظورات النفسية الرئيسة التي تفسر تعاطي المخدر تتضمن:

أ ـ نظرية مشكلة السلوك (جيسر ١٩٧٧م).

ب ـ نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا ١٩٧٧م).

جـ ـ نظرية المراحل (كاندل ١٩٨٠م).

ورغم أن كل نظرية من هذه النظريات الثلاث تؤكد بشكل ما على عوامل مختلفة، الاّ أن جميعها تتفق على دور تفاعل الشخصية والعوامل السلوكية والبيئية في مسئولياتها عن جنوح الحدث أو المراهق وتعاطيه المخدرات والإنزلاق في الانحراف.

إن معظم الاستراتيجيات الوقائية ضد تعاطي المخدرات والمسكرات لها جذور نظرية وذلك في نظرية التعلم الاجتماعي، ونظرية السلوك المشكلة، فمن هذا المنظور ينظر الى السلوك الادماني كعملية تعليمية تتم من خلال المحاكاة والتعزيز تتوسطها عوامل شخصية مثل المعتقدات والمواقف، والأفكار. من هذا المنطلق سنوجز هذه النظريات لفهم أفضل لعوامل الجنوح وتعاطي المخدر.

أ ـ نظرية السلوك المشكلة (أو مشكلة السلوك):

صاحب هذه النظرية هو (جيسر .Jesser 1977) يرى أن احتمال تعاطي المخدر يمكن التنبؤ به من خلال النزوع السلوكي.

يمكننا تحديد معنى السلوك المشكلة بكونه إما مشكلة منبع إهتمام، أو سلوك غير مرغوب من قبل المجتمع (مثل السرقة، والعدوان، وتعاطي المخدر) ويتحدد ظهور السلوك المشكلة من خلال نتاج ثلاثة أشياء أو عوامل متفاعلة متبادلة التأثير وهي: السلوك، الشخصية، البيئة الاجتماعية المدركة.

ـ فالجهاز السلوكي يكون إما منحرفاً (تعاطي المخدر، شرب المسكرات، سلوك مضاد للمجتمع منحرف) أو يكون سلوكاً تقليدياً ملتزماً بالأعراف الاجتماعية والقيم الروحية الدينية.

إن الأخذ بأي سلوك من هذين السلوكين معناه أنه بـديل عن الآخـر، فـإذا كان السلوك هـو السلوك المنحرف معنـاه أنه البـديـل عن السلوك التقليدي، والعكس بالعكس.

- أما جهاز الشخصية فيتألف من ثلاث بنى (أو تراكيب):
- نظام تحريض الدافع مثلاً (التوقع بانهاء دراسة جامعيـة، الاستقلاليـة أو علاقات أوثق مع الأنداد والرفاق).
- تركيب المعتقد الشخصي مثلاً (النقد الاجتماعي، اعتبار الذات.)
- نظام السيطرة الشخصية مثلاً (تحمل الانحراف، التدين، التمييز بين الوظائف السلبية والايجابية لمشكلات السلوك).
- أما بالنسبة للبيئة المدركة فتقسم الى عوامل قريبة وبعيدة تتضمن المسببات المرتبطة بمشكلات مثل (تعاطي المخدر) مباشرة وغير مباشرة.

إن العوامل التي تدخل في الجوانب البيئية البعيدة هي:
- الأسرة والأصدقاء، أي الدعم الصادر عن هذين المصدرين.
- الضوابط الصادرةعن الوالدين والأصدقاء.
- التجـانس بين الآبـاء وأصدقـاء الأبنـاء في تـوقعـاتهم لنـوعيـة السلوك المرتقب.
- تأثير الأصدقاء النسبي مقابل تأثير الوالدين على الولد.

أمـا ما يـدخل في الجـوانب القريبـة البيئيـة فهي أنمـاط الأصـدقـاء في السلوك المشكلة

ب ـ نظرية التعلم الاجتماعي:

تعبر هذه النظرية الاهتمام بالتأثيرات الاجتمـاعية عـلى أنماط السلوك، فالإثابات (المكافـآت) التي يتلقاهـا الفرد تؤثـر تأثيـراً مباشـراً على احتمـال

السلوك نفسه الذي تمت اثابته والصادر عنه، وهذه الاثابات هي بذاتها وظيفة للفرص المتوفرة للانخراط في جماعات ونشاطات، اضافة الى المهارات التي يستعملها الفرد في سلوكياته، وعلى هذا فإن مخاطر السلوك المنحرف تتضاءل عندما يستطيع الأبناء القيام بانجازات ناجحة وماهرة في أوساط اجتماعية تقليدية، وأن تعاطي المخدر أو المؤثرات العقلية ينظر اليه من زاوية السلوك المتعلم الاجتماعي الهادف، والوظيفي، وهو نتيجة التفاعل القائم بين العوامل الشخصية والبيئية

جـ - نظرية المراحل:

إن البرامج الوقائية ضد تعاطي المؤثرات العقلية وبخاصة الدخان والكحول والماريجوانا تعتمد على نظرية المراحل (لكاندل) إذ يطرح هذا العالم منظوراً نفسياً يتضمن المراحل التي يمر فيها الفرد في تعاطيه المؤثرات العقلية، فالمراهقون يبدأون بالجعة (البيرة) والخمرة، ومن ثم ينتقلون الى المشروبات الروحية القوية التأثير اضافة الى تعاطي التبغ، وبعدها الى الماريجوانا والمؤثرات العقلية الأخرى وبرأيه أنه رغم الانخراط في هذا السلوك في بدايته لا يؤدي بالضرورة الى أن يتسلل المراهق فيه تصاعدياً كما أوضحنا.

الّا أنه مع هذا فإن الولوج في مرحلة جديدة لا يتم الّا بممارسة المرحلة التي قبلها.

تطرح لنا أبحاث «كاندل» أن المنبئات المختلفة هي هامة في معرفة أنماط المخدرات المختلفة والعادات الضارة الأخرى.

فقبل الولوج في النشاطات المنحرفة وتعاطي التبغ (الدخان) فإن الجعة والخمر هما المؤشران الهامان المنبئان للانتقال الى المسكرات الثقيلة.

وأن المعتقدات والقيم التي تسوغ تعاطي الماريجوانات ومصاحبة الأصدقاء الذين من الشاكلة نفسها هي المنبئات القوية والمنذرات لانغماس المراهق مستقبلاً في تعاطي هذه المادة المخدرة أو تجربتها.

ثم ان العلاقة السيئة المضطربة بين المراهق ووالديه، ومشاعر الاكتئاب وتعاطي الماريجوانا بكميات كبيرة، ومخالطة الأنداد والأصحاب الذين يتعاطون المخدر كلها منذرات هامة دالة على استعداد المراهق في تكملة المشوار نحو تجربة مزيد من الأنواع الأخرى من المخدرات كالكوكائين، والهيروين وغيرها.

- الأنموذج النفسي - الحيوي:

برز منظور نفسي جديد يفسر تعاطي المخدرات عند الصغار والمراهقين دفعاً للأبحاث التي تمت في ميدان الطب السلوكي، وأيضاً من الأبحاث التي تناولت آليات التعامل مع المشكلات.

فالنموذج النفسي الحيوي (أي النفسي البيولوجي) يقوم على ناحيتين أساسيتين، الناحية الأولى: أن الفرد قد يلجأ الى المؤثرات العقلية كوسيلة للتعامل مع المشكلات والمتاعب والصعاب التي تواجهه بفعل عجزه عن التعامل معها بدون غطاء المخدر، وهذه المؤثرات لها فائدتان في معتقد متعاطي المخدر:

الفائدة الأولى: أنها تضعف توتراته النفسية عندما يكون قلقاً.

والفائدة الثانية: أنها تزيل تعبه ووهنه وهبوط مزاجه، وعندما يعاني من الاثباط وعف الاثارة، أما الناحية الثانية فإنها تكشف وتميز بين نوعين من مهارات التعامل مع الشدّات:

- الاستجابات الإرثية التي تساعد الفرد في التعامل مع الأنواع المختلفة من الشدّات.
- الاستجابات التي تستخدم للتعامل مع اغراءات المادة المخدرة، فالمهارات الرامية الى التعامل مع المؤثرات (تحمل الشدّات اليومية) يمكن تمييزها عن المهارات الرامية الى التعامل ضد اغراءات المخدر

وهذا الأنموذج النفسي ـ الحيوي يفترض أن تعاطي المخدر هو محصلة ونتائج العجز في مهارات التعامل مع الشدّات المختلفة، فعندما يواجه المراهق ضغوطاً اجتماعية أو شخصية لتناول المخدر فإن ضعف مهارات التعامل مع هذه الضغوط والاستسلام لها هي التي تدفعه الى تعاطي المخدر.

ونافلة القول: إن النظريات النفسية المعمول بها حالياً قد وسّعت مفاهيمها حول مشكلة تعاطي المخدرات وأسبابها اذ ركزت ثقلها على:
الشخصية الفردية، وأنماط التعامل مع المشكلات الشخصية والاجتماعية وسمات الشخصية المؤهبة لتعاطي المخدر ومن ضمنها: ضعف الايمان في الدين، ضعف اعتبار الذات، نقص في وضوح القيم، علاقات اجتماعية تبادلية ضعيفة، مهارات تعاملية مع المشكلات ناقصة، وصعوبات في التصدي لضغط تعاطي المخدر.

ونضيف الى هذا أيضاً العوامل البيئية التي تؤثر على السلوك مثل التمييز العنصري والتوزيع غير المتكافىء لمصادر العيش والكسب.

- أنموذج الشدة الاجتماعية كعامل في تعاطي المخدر:

في هذا الأنموذج (Albee 1982) تتكامل العوامل السابقة السيكولوجية ـ الاجتماعية التي ذكرناها، أي المتحولات الأسرية والفردية،

مع الأبحاث الحديثة التي تتناول أهمية التعامل مع الشدّات والصعوبات الحياتية والشخصية، والمهم في هذا الأنموذج أنه يطرح التحولات (العوامل) الاجتماعية بصورة منظومة أوسع شمولية والتي تؤثر على سلوك المراهقين ونلخص هذا النموذج بالتالي:

- يُنظر الى تعاطي المؤثرات العقلية من قبل المراهق بكونه النتاج لخبرات متعددة طويلة المدة مع الأفراد والآخرين والأنظمة الاجتماعية، وذلك بدءاً من الولادة حتى الوصول الى سن المراهقة.

- إن خبرات الصغار ضمن نطاق أسرهم والمدرسة، والمجتمع ينظر اليها كنماذج لصور تحدد درجة تمثل هؤلاء الصغار لقيم أسرهم وتأثرهم بقيم أندادهم من العمر نفسه، اضافة الى مستوى نمو أساليب التعامل الفعالة التي ينتهجونها في مواجهتهم لمصاعبهم ومتاعبهم الحياتية والشخصية، أي بتعبير آخر إن الصغار الذين لم يتمثلوا المعايير الاجتماعية لآبائهم وفشلوا في أن يتجسدوا قيم ومعايير هؤلاء الآباء، وأخفقوا أيضاً في اكتساب المهارات الضرورية للتصدي لضغوط استخدام المخدرات، الضغوط الصادرة عن رفاقهم واندادهم، وتعوزهم فرص العمل واكمال الدراسة هؤلاء الصغار يتصفون بقدرات ذاتية ضعيفة معتورة، وغير مسلحين بالمهارات وغير قادرين على التعامل مع الموترات الاجتماعية المختلفة تعاملاً تكيفياً ناجحاً، فهؤلاء المراهقون هم أكثر استعداداً وميلاً للتأثر بسلوكيات وأخلاقيات أندادهم من السن نفسه، والذين هم من الشاكلة ذاتها في الحالة العامة الاجتماعية والسلبيات التي يعانونها وبخاصة تجربة المخدرات والمسكرات كوسيلة للتعامل مع متاعبهم ومعتوراتهم (Ageton Elliot 1982).

- وعلى نقيض ذلك، فإن المراهقين أقل اقتداراً وتعرضاً لتعاطي المخدر مبكراً كوسيلة للتعامل مع الشدّات إذا:
- كانت لديهم ارتباطات ايجابية، واندمجوا اندماجاً ملائماً مع المعايير التربوية الأسرية، ولاقوا قبولاً من جانب معلميهم، وكانت اتصالاتهم مع أندادهم تكيفية.
- امتلكوا مهارات التعامل مع المشكلات امتلاكاً كافياً.
- إذا كانت لديهم فرص عمل أو دراسة ناجحة
- إن هذه المقومات الايجابية التي ذكرناها ليست مقتصرة على حماية المراهقين والصغار من المزلة والانحراف في درك تعاطي المخدرات والمسكرات، بل أيضاً تصونهم من الانحراف بشتى أشكاله وصوره، كالسرقة، والسلوك العدواني المضاد للمجتمع وغيره، إذ أن جميع أنماط السلوك الباثالوجي (المرضي) من أحد أسبابه الرئيسة ضعف الذات في التكيف مع المشكلات والعوز الى الفعالية الذاتية القادرة على تجاوز الصعوبات التي تعترض الفرد.
- ويمكننا أن نطرح العوامل المؤهبة للانحراف بالمعادلة التالية كما ابتدعها العلامة (Albee) وتسمى معادلة أو أنموذج (Albee).

$$\frac{\text{التوتر (أو الشدة)}}{\text{الارتباطات + اعتوار في مهارات التعامل + ضعف الفرص التعليمية}} = \text{مخاطر الولوج في تعاطي المخدرات.}$$

- كيف تتفاعل بنود هذه المعادلة؟

أ - التوتر أو الشدة (Stress)

- هناك مستويات وتصانيف مختلفة للشدة أو التوتر (Stress) والتي لها دور في المشكلات السلوكية (Tolan, Miller 1987) ونعد أهمها:

المستوى الأول:

الحوادث الحياتية : المشاحنات والمنازعات اليومية، تحمل ضغوط الحياة وقيودها، تحولات العمر البيولوجية

تتضمن الحوادث الحياتية الأزمات المالية والعاطفية، والكوارث من موت واصابات جسدية، وهذه الحوادث تحدث فجأة وتسبب الرضوض النفسية، ومن ثم امتصاص هذه الصدمات والعودة تدريجياً الى التكيف معها وقبولها، وبالضبط لا يستطيع الصغير أو المراهق السيطرة أو التنبؤ بحدوث هذه الحوادث الجنائية، وقد يلجأ المراهق الى المخدر كوسيلة للتعامل مع الألم الذي تسببه مثل هذه الحوادث.

المستوى الثاني:

الشدّات والتوترات الناجمة عن الإزعاجات اليومية مثل المشاحنات الكلامية بين الصغير وأهله ورفاقه والتي تدور حول تلبية طلباته وحاجاته، وفي رأي بعض الباحثين (Cohen 1985) أن مشكلات الصغار والمراهقين هي ألصق بصراعاتهم اليومية مع البيئة من الضغوط الصادرة عن هذه الأخيرة، وأكثر شدة من الحوادث الحياتية المنعزلة كحوادث السير أو وفاة قريب. وغير ذلك.

وهنا فإن الصغير أو المراهق يلجأ الى تعاطي المخدر للهروب من صراعاته مع والديه أو مع خلّانه في المدرسة.

المستوى الثالث:

وهي الشدّات الناجمة عن الضغوط والقيود الحياتية (Pearlin 1978) مثل الصعوبات الأسرية والمدرسية والمجتمع، ومثل هذه الموترات عادة ما

تستمر طويلاً وليس من اليسير حلّها (مثلاً عدم توفر الفرص لهؤلاء الأبناء والاستمتاع والتسلية أو صعوبة ايجاد عمل، أو قصور في التحصيل الدراسي في المدرسة. وغير ذلك) ولهذه المؤثرات ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالبيئة الاجتماعية ـ الاقتصادية، فمثلاً بعض المراهقين يعانون من التعلم في مدارس سيئة أو يقطنون في أماكن لا تتوفر فيها الشروط الصحية والمعاشية، أو فيها تمييز طبقي أو توزيع للثروات غير عادل (الشعور بالنقص الاجتماعي ـ الطبقي).

المستوى الرابع:

هو الموتر الخارجي الناجم عن تبدل السكن والمحيط والانتقال من مكان الى آخر (مدرسة، عمل، سكن. وغيرها) مثل الانتقال من مدرسة الى أخرى، أو عمل جديد، أو الزواج (Jason 1985).

وهذا الموقف يكون صعباً عند الصغير أو المراهق عندما يواجه مجتمعاً جديداً (رفاقاً جدداً) عند انقطاعه عن رهطه السابق الذي تآلف وتفاعل معه (الدعم الاجتماعي للانداد) حيث يجد صعوبة في التكيف مع البيئة الجديدة، وهنا فقد يلجأ المراهق الى المخدر لتسهيل قبوله في المجتمع الصداقي الجديد، وازالة القلق الاجتماعي الذي يفرضه هذا المجتمع الجديد.

أما التطورات الخاصة بمراحل النمو في سن المراهقة (ارتباط المراهق بمعايير الرهط الصداقي الذي يعاشره، وخروجه عن تحالفه مع أسرته وتفضيله لرهوطه الصداقية)، فتعد أيضاً موترات تعترض تكيفه حيث يمكن أن تصنفها بالمستوى الخامس في ميدان الموترات الحياتية، فانحطاط اعتباره لذاته باحتكاكه مع أنداده، وسعيه للاستقلال بشخصيته من

ضمنها فضوله والميل للمغامرة والتمرد على التقاليد والقيود الاجتماعية والأسرية، هذه النزوعات الجديدة العارمة الثائرة المتخبطة قد تدفعه الى استخدام المخدرات، أيضاً كوسيلة للتعامل مع هذه الموترات.

- من خلال الأخذ بمجمل هذه المستويات الخمسة من الموترات التي تحيط بالمراهق، والتي تؤثر تأثيراً بالغاً على اتزانه الانفعالي وتكيفه، فإنها تقرر الى حد كبير نزوعه نحو تعاطي المخدر أو الانخراط في انحرافات سلوكية أخرى.
- إن من واجب الآباء في هذه الحالات المتوترة التي يتعرض لها الصغار المراهقون هو أن يزيدوا من قدرة أبنائهم على تحمل هذه الموترات ويرفعوا من مقدرتهم على مواجهتها.

ولكن كيف يتم ذلك؟؟

يتم ذلك بتحسين ارتباط أبنائهم بهم، أي بأسرهم، وتوثيق عرى التحابب والاهتمام، وحل مشكلاتهم المدرسية، وزيادة تحسين مهاراتهم في التعامل مع أندادهم، أي ازالة السلبيات السلوكية التي ترافق تفاعلاتهم مع أندادهم ورفاقهم، كالشعور بالنقص، وضعف الثقة بالذات، والحس بفقدان الاعتبار، والخوف الاجتماعي، وإن وجدوا أن الاستشارة والارشاد النفسي هما أمران ضروريان فعلى الآباء ألّا يتأخروا عن التماس هذا العون.

أما الموترات الناجمة عن الانتقال من مدرسة الى أخرى، فيمكن اضعافها من خلال تزويدهم بالدعم والتشجيع والاثابات والاتصال بالجهات المعنية في المدرسة والعمل من أجل تسهيل عملية التكيف الجديدة.

ب ـ الارتباط بالأسرة وبالأصدقاء:

كما سبق أن ذكرنا أن الصغار الذين اغتربوا عن تمثل وجوه آبائهم وسلوكياتهم ومشاهم وأخلاقهم فإنهم يلتفتون ليأخذوا قيم أندادهم ويحاكونها ويتقمصونها، أي يصبحوا خارج العملية التربوية الأسرية، وهنا يقعون في شرك التأثر بعادات وأخلاقيات أصدقاء السوء الذين لهم المشكلات ذاتها حيث تجمعهم اضطراباتهم الأسرية والاجتماعية والمدرسية المتماثلة.

أي على الآباء أن يدركوا وجود ثالوث تدور حوله مشكلات آبائهم: «الأسرة + المدرسة + الأصدقاء» (المتحولات الثلاثة) فضمن الروابط الأسرية والمدرسية. والرهط الصداقي وفي كل جانب من هذه الجوانب الثلاثة نجد ثلاثة عوامل تؤثر على أنماط السلوك عند الصغار:

١ ـ الفرص والتأثيرات التي يتعرضون لها.

٢ ـ المهارات التي يستطيع الصغير أن يمارسها ويستعملها.

٣ ـ التوازن النسبي للاثابات التي يتلقاها الفرد.

فهذه العوامل الثلاثة تقرر مدى اسهامات وانخراطات المراهق في الارتباطات الايجابية التي يظهرها إزاء هذه المؤسسات الاجتماعية الثلاث، «الأسرة، المدرسة، الرهوط الصداقية»، وبالتالي تشكل الاحساس بالانتماء والفعالية والسيطرة في تفاعلات الفرد مع هذه الجهات الثلاث.

- فعلى مستوى الأسرة يجب أن يزود الآباء أبناءهم بالفرص والمجالات للانخراط بالأسرة والتفاعل معها حيث يتم احتواؤهم فيها، واندماجهم في بنيتها ومفاهيمها وأخلاقياتها ومعاييرها (على افتراض أن الأسرة

صالحة) وأيضاً تطوير المهارات المطلوبة عند هؤلاء، كيما يتعاملوا وفق المطلوب الصحيح، وأن يثابوا على جهودهم الرامية في هذا المنحى الايجابي.

- وإن الارتباطات الايجابية في المدرسة تتوقف الى حد بعيد على ارتباط المراهق بأسرته، والاثابات التي يتلقاها من المدرسة والفرص المفتوحة أمامه لتطوير مهاراته.
- أما على مستوى الارتباطات الخارجية الاجتماعية، أي بالتحديد مع رفاقه من السن نفسه (Pears) فإن هذه تتوقف على فرص الاندماج بهؤلاء بالنسبة للمراهق، وعلى المهارات الموجودة لديه كيما يندمج كما هو متوقع، اضافة الى الاثابات والقبول التي يتلقاها من أصحابه وأصدقائه الذين يشكلون رهطه، وكلما كانت ارتباطات المراهق أو الصغير قوية وشيجة مع أفراد أسرته ومدرسته كان أقل تأثراً بالرهط الصداقي في تعاطيه للمخدر، والسبب في ذلك واضح لا يحتاج الى تفسير، فالسلوكيات المثابة والصادرة عن معظم الأسر بالنسبة للمراهق هي غير متجانسة مع تلك السلوكيات المثابة من قبل المراهق المنحرف (Elliot 1978).

جـ - المهارات :

دلت الأبحاث التي تناولت مسألة النمو عند الصغار والمراهقين أن معظم هؤلاء يكتسبون مع استمرارهم في النمو قاعدة واسعة من مهارات التعامل والتصدي الاجتماعية، ويتسرع ظهور المهارات خلال المراهقة المبكرة نظراً لأن علاقة المراهق بأسرته وبمدرسته وبرفاقه آخذة في التبديل اضافة الى تعاظم الضغوط الواقعة على المراهق من قبل الكبار لجعله يقبل تحمل مسئولياته (Parlles 1971).

وبالطبع فإن نمو هذه المهارات له صلة وثيقة بأنماط الارتباطات التي يبديها المراهق نحو أسرته، ومدرسته، ورفاقه، وبالموترات التي يواجهها خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة وليعلم الآباء أن الصغار الذين زودوا بالفرص لتعلم اكتساب المهارات المناسبة، ونجحوا في التعامل مع الموترات التي اعترضتهم، وتمت اثابتهم نتيجة فلاحهم في هذا النجاح، ولم يتعرضوا لموترات منهكة مبددة لقواهم وطاقاتهم، هؤلاء الصغار أكثر قدرة على اكتساب المهارات التكيفية بإطارها الواسع.

إن مهارات التعامل مع المشكلات تمثل المصادر الوقائية الهامة للصغار والمراهقين ضد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، فالصغير المهدد بافتراق والديه بالطلاق يصيبه الاضطراب ويعصف به التوتر بفعل شعوره بالتهديد وفقدان الأمن النفسي والاجتماعي، وهنا يكون مؤهباً لتعاطي المخدر، ولكن اذا كان مزوداً بمهارات التعامل مع هذا الموقف الراخي بمن يعينه على قبول هذا الموقف الجديد، واضعاف حسه بالتهديد فإنه سيتعامل بدون اللجوء الى المخدر مع الموقف تعاملاً مقبولاً بحد أدنى من القلق الاجتماعي، وأن الاستراتيجيات التعاملية ازاء هذا الموقف المهدد تكون:

- تطمين الذات، أي في القدرةعلى التعامل مع هذا الموقف.
- المقارنة بالمواقف الأسوأ. أي اقناع ذاته أو (هناك من يقنعه أنه في موقف أفضل من الآخرين الذين لا آباء لهم اطلاقاً).
- اعادة تركيب مفهومه وتأويله لهذا الموقف: النظر في الموقف السلبي واستخلاص أمور محمودة منه، مثلاً اقناع الصغير أنه من الأفضل أن ينفصل الزوجان من أن يبقيا في ظل خصام يومي لا يمكن حله، وهنا في هذا الطلاق راحة له ولوالديه معاً.

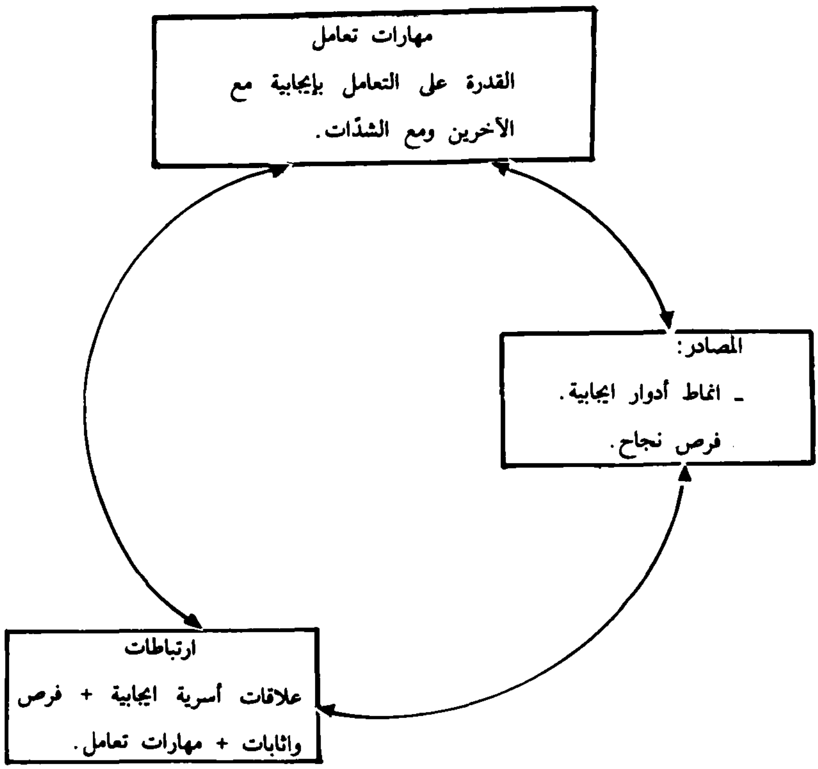
- السيطرة على الذات تذكيره بنجاحاته السابقة التي أحرزها في مشكلات اعترضته، والتفكير بالنتائج السلبية إزاء فعل أو أداء مرغوب.
- إن الأساليب السلوكية التي تستخدم للتعامل مع الشدات والتي يمكن تعليمها للصغار تتضمن التالي:
- حل المشكلة (وهذه تقنية هامة) أي جمع المعلومات الممكن استخدامها كأداة لحل المشكلة، تقويم البدائل المتوفرة المطروحة لحل المشكلة، ومن ثم اتخاذ القرار.
- العمل المباشر أي محاولة تبديل الموقف من خلال الفعل والحوار أو التسويات.
- الانسحاب أو الخروج من الموقف نهائياً والابتعاد عنه لأن في الانسحاب التخلص من النتائج التي لا طائل منها.
- تأكيد الذات؛ أي اللجوء الى سلوك تأكيدي ملائم للذات.
- البحث عن الدعم الاجتماعي، أي التفتيش عن مناصرة، ودعم الآخرين للتعامل مع المشكلة.
- ايجاد البدائل: أي الانخراط بقصد وعن تصميم في ايجاد سلوكيات أخرى بديلة مخالفة متنافرة مع السلوك المشكلة.
- الاسترخاء: أي اضعاف الاستجابة التوترية التي يخلقها الموقف الموتر بتعلم فن الاسترخاء أو التكامل.
- إن المهارات التعاملية ضد الموترات التي ذكرناها التي تشمل مهارات سلوكية وفكرية، حيث أن واحدة منها أو جميعها يمكن أن يتعلمها المراهق، ويولي الأبوان اهتمامهما بتدريب صغارهما عليها بتوجيهات المشرف الاختصاصي الاجتماعي أو بتثقيف الذات ونقل هذه الثقافة التعاملية اليهم أي الى الصغار.

وهكذا فإن الأنموذج النفسي الاجتماعي الحيوي الذي فصلناه وأتينا على شرحه في هذه السلسلة يمد المراهق أو الصغير بالقدرة المتسعة القاعدة للتعامل مع الموترات وبالتالي اضعاف النزوعات نحو اللجوء الى المخدر كأداة للهروب من هذه المو ترات.

د ـ المصـــــادر :

تتأثر السلوكيات النزاعة لارتكاب الانحرافات والمخاطر أيضاً بمجموعة كبيرة من العوامل (المصادر) المنبثقة عن المجتمع فالمدرسة والجيران هما مصادر معلومات دائمة تؤثر على السلوك تأثيراً مباشراً أو غير مباشر، فإذا ما قدمت المدرسة والمجتمع النماذج الكافية من النجاح والمعلومات، وبأنماط التعامل ومعايير النجاح القابلة للتحقيق حينئذ فإن المراهق تغمره الآمال والثقة بالنجاح والثقة بالنفس، وفي مثل هذه الحالات فإن الفرص المتوفرة للتثقيف والتحصيل الدراسي والتوظيف والنشاط المثاب عليه، هذه الأمور تقدم البدائل الضرورية التي من شأنها اضعاف سلوكيات النزوع نحو مخاطر تعاطي المخدر.

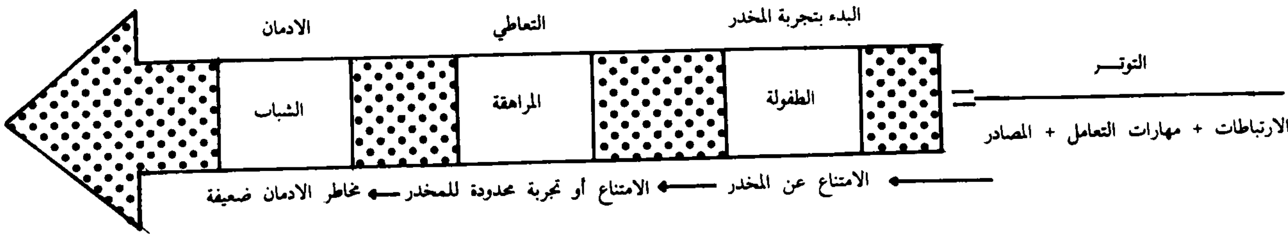
وعلى نقيض ذلك، فالمراهق الذي يواجه بمصادر ناقصة وغير كافية من الجهات التي ذكرناها فإن احتمالات تعرضه لمخاطر الادمان وتعاطي ضروب سلوك الانحرافات الأخرى تكون كبيرة ويمكننا الآن أن نوضح التفاعل القائم بين مهارات التعامل والارتباطات الايجابية، ومصادر العون الاجتماعي بالشكل التالي :



تفاعــل العوامــــل:

نلخص المعـادلة التي سبق أن ذكـرنـاهـا والمحـددة للولـوج في تعـاطي المخدر أو التحصين ضده حيث يأخذ المراهق أحد الطريقين وذلك بـالشكل التالي:

أنموذج التعامل الاجتماعي لتعاطي المخدر:



الملحــق رقم (٢)

سلسلة الارشاد الأسري

العوامل المؤهبة لتعاطي المخدرات والكحول والانحراف عند الصغار والمراهقين

١ - التفـاعـل الاجتمـاعي ودوره في خلق الصـراعــات عنـد الصغــار والمراهقين :

ليدخل أحدنا دخولاً متطفلاً فضولياً الى احدى باحات اللعب في مدرسة ابتدائية ـ اعدادية، ويراقب جماعات وزمر الصغار كيف يلهون ويلعبون، ويلاحظ نوعية التفاعلات المتبادلة القائمة بينهم في تلك الجماعات، فقد يرى مثلاً نفراً منهم يلعب بانسجام وتفاعل ايجابي وتعاون وحبور، بينما يرى نفراً آخر في الجماعة ذاتها منكمشاً أقل تعاوناً وتفاعلاً، أحد الصغار من هذه الجماعة يرفضه زملاؤه في المشاركة معهم، ويتعصبون ضده عندما يحاول هذا الصغير أن يقحم نفسه قسراً ليشاركهم في اللعب، صغيراً آخر غاضب مقطب الوجه يلعب لوحده في صندوق رملي، وقد تجد أيضاً آخرين يحرضون بعض رفاقهم ويثيرون فيهم نزوع التحدي لتسلق شجرة باسقة، وفي الشارع المطل على المدرسة قد تجد جمعاً من المراهقين يدخنون.

فخلال هذه النظرة العابرة المتمحصة لصور العلاقات والتفاعلات الاجتماعية القائمة بين الصغار والمراهقين نخلص الى استنتاجات : اذا كانت عيناك ثاقبتين، وأفكارك ذات قدرة تنبؤية، إن بعض هؤلاء سيكونون مؤهبين مستقبلاً للتعرض لمشكلات انفعالية كالخوف الاجتماعي، والشعور

بالرفض، وبالنقص، والميل الى الانسحاب والعزلة، وعدم القدرة على التعامل بنجاح مع البيئة الاجتماعية.

وضمن اطار العمل التطوري يمكن تضمين هذه الملاحظات في نسيج نظري، فكري يمكننا من فهم معنى هذه السلوكيات وكيف أنها النبتة الأولى المؤهبة لما نسميها بعوامل المخاطر التي تقود الى الانحراف، والدخول في باب تعاطي المخدر، إنهم الصغار الذين يشعرون بالرفض الاجتماعي، وعدم قدرتهم على الانخراط والاندماج والتفاعل مع أندادهم، وإن اغفال المدرسة والبيت لهذه الظواهر السلوكية السلبية وعدم أخذها مأخذ الجد تجعل من هذه السلوكيات بمثابة أسلوب في الحياة، وتنال التعزيز المستمر بفعل تكرار التفاعلات السلبية وترسخها وتحولها الى معتقدات ومواقف في صلب نظام المعتقد عند الصغير أو المراهق.

في أجواء المدارس الابتدائية والاعدادية نجد ممارسات تعاطي المواد المؤثرة على العقل (ما نسميه بالعامية المخدرات) بين الأولاد والمراهقين، كالتدخين والمخدرات مثل القات والماريجوانا والحشيش واستنشاق المواد الطيارة السامة.

وتدل احصائيات البلدان التي يعم فيها انتشار تعاطي المؤثرات العقلية ضمن صفوف الابتدائية والاعدادية كالولايات المتحدة الأمريكية مثلاً إن هناك واحداً من أصل ستة صِغار يستخدمون الماريجوانا في الصف السابع الاعدادي، وأن هذه التجربة الباكرة هي التي تؤدي الى التعاطي المستمر (الادمان) مستقبلاً

ويجب على الأسر ألّا ترى في الغرب بؤرة اجتماعية صالحة لانتشار المخدرات في صفوف أبنائها الأحداث الغضين، وأن ما يجري هناك من

مفاسد تلتصق بحضارتهم، بينما هذا لا يخترق الموانع في حضارتنا الاسلامية ـ العربية المختلفة كلياً عن حضارة الغرب.

إن المسألة لا يُنظر اليها من هذه الزاوية إطلاقاً، فالادمان ليس مسألة أو مشكلة حضارية، بل هو مرتبط بالانسان ذاته وفي مشكلات نشأته وتكيفه وتفاعلاته مع المحيط، والدليل على ذلك أن ظاهرة تعاطي المخدرات في صفوف صغارنا وشبابنا أضحت طاغية واستوجبت تكثيف الجهود على كل المستويات في بعض الدول العربية لمحق هذه الظاهرة الخطرة التي باتت تفتك وتنخر عماد المجتمع وهم الشباب، وقدرت احصائيات التربويين وعلماء المجتمع في الولايات المتحدة الأمريكية أن الصغار الذين يصلون الى الصف الحادي عشر ثانوي، ٩١٪ من هؤلاء جربوا الكحول و ٨٦٪ مارسوا التدخين، ٦١٪ تعاطوا المواد المخدرة المحظورة (Johnston, Backman 1986) إن هذه الأرقام المخيفة المرعبة تعكس لنا كبر المشكلة وخطورتها في الولايات المتحدة الأمريكية، وأن الرعب يجب ألّا يكون نظرياً انفعالياً عابراً، مجرد عاطفة تأس انسانية تغمرنا حينما نقرأ ما يجري هناك، بل علينا أن ندرك أن مشكلة المخدرات هي وبائية عالمية وأن ما نراه الآن في جيلنا من انحراف واستشراء داء تعاطي المخدرات لم يكن يوماً نتصور ما يحل بأولادنا وأفلاذ أكبادنا مما نراه اليوم. فالمسئولية التربوية والرعاية الوقائية والعلاجية من جانب الأسرة ومؤسسات الدولة المختصة باتت ملحة جداً، وأنه بدون أن تأخذ الأسرة بمسئولياتها التربوية الحقة تجاه أبنائها على المستوى الوقائي وحتى العلاجي لا يمكن بحال من الأحوال أن تضطلع الدولة بمهامها كبديل عن الأسرة.

إن التثقيف السيكولوجي والتربوي للأسرة حيال أسباب الانحراف

الادماني هو من واجب الدولة والمؤسسات الأخرى الاجتماعية المعنية بحماية المجتمع من أخطار المخدرات، ومسئولية الأسرة أن تتجسد عملية التثقيف وتتمثلها وتحولها الى واقع تربوي وذلك بالسيطرة على العملية التربوية وترشيدها بما يحقق الصحة النفسية للصغير منذ نعومة أظفاره، ولا يمكن لنبتة صالحة أن تعطي ثماراً شهية مالم تكن هناك رعاية موجهة وعلمية لهذه النبتة، وأخطر ما يواجه النبتة أثناء تفتحها ونموها هي العوامل البيئية، ونقصد هنا المناخ الأسري السائد في العلاقات بين الوالدين، وترشيد تربية الأولاد وفق خطة مدروسة تقوم على أسس تربوية وأخلاق اسلامية رشيدة، وخلق الوعي عند الصغار وبصراحة تامة، ووفق مستوياتهم الفكرية، ما سيواجهونه في تفاعلاتهم مع أندادهم وأصحابهم ورفاقهم من مشكلات وكيف يمكنهم السيطرة عليها، وتقوية الأنا بحيث تكون محمية من الاقتداء بالعادات السيئة، كالتدخين، وتقليد الغير في تعاطي المواد المؤذية للصحة.

٢ ـ التعرف على العوامل المؤهبة لتعاطي المخدرات والكحول:

نرغب أن نوضح للآباء هنا على المستوى الوقائي بالنسبة لأبنائهم الذين لم يقعوا في شرك تعاطي المخدرات بعد، وأيضاً بالنسبة لبعض صغارهم الذين ضلوا ودخلوا في هذا الشر، سواء أكانوا في الاصلاحيات وتناولوا العلاج أم مازالوا في هذا البلاء الادماني، نقول: نرغب أن نوضح لهؤلاء الآباء أن التعرف على العوامل الفاعلة والمؤهبة لتعاطي المخدر أو المسكرات عند أبنائهم، لا سيما اذا كانت في الأسرة استعدادات ارثية للاضطراب النفسي من شأنها أن تقي والى حد كبير من انزلاق الصغار في هذه الهاوية الكارثية.

هناك من يبرهن أن الأولاد المنحبسين وتنقصهم القدرات في التعامل

مع المشكلات التي تصادفهم تعاملاً فيه طابع تأكيد الذات، أي في تفاعلاتهم الاجتماعية مع أندادهم في السن ذاته، اضافة الى وجود نزوعات عدوانية هم مؤهبون مستقبلاً لتعاطي المخدر أكثر من الأطفال المنفتحين على أندادهم ورفاقهم، وقادرون على التفاعل معهم تفاعلاً ايجابياً.

وتؤكد بعض الدراسات أن السلوكيات المضادة للمجتمع مثل العدوان المشاهد عند الصغار يمكن التنبؤ به على أساس النذير المبكر والأوَّلي نحو طريق تعاطي المخدر مستقبلاً عندهم (Spivack 1983).

وأكثر من ذلك فإن تعاطي المؤثرات العقلية في الطفولة المبكرة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالانخراط العميق والقوي مستقبلاً بالمخدرات الخطرة، اضافة الى تزايد المشكلات السلوكية ـ الاجتماعية عند هذه الفئة من الأولاد، ومن ضمنها ترويج المخدرات وارتكاب الجرائم الأخرى (Robins, Przyeck 1985).

وقد يتساءل القارىء وهو رب الأسرة مثلاً لماذا تبدو هذه الأنماط السلوكية العدوانية لها مثل هذه التأثيرات الطويلة المدة على الصغار؟

الجواب هو التالي:

الصغار الذين يتسمون بسلوك عدواني سرعان ما يأخذ أندادهم الذين يحيطون بهم انطباعاً على أنهم عدوانيون صعاب، وبالتالي يزداد ابتعاد الصغار عنهم، ويصبحون منعزلين مرفوضين اجتماعياً ينفر من مخالطتهم الداني والقاصي من الصغار (Coie, Dodge 1985).

بعض هؤلاء الصغار ما أن يشبوا ويتقدموا في الدراسة ليصلوا الى الجامعة حتى يواجهوا أيضاً مشكلات العلاقات السلبية مع أندادهم من السن نفسه، وحتى مع أساتذتهم ومدرسيهم، وبالتالي يتعرضون مجدداً الى الفشل في خلق صداقات وما يستجره هذا الفشل من ضعف اعتبار للذات، والشعور بالنقيض والصغارة والدونية، وهذا ما يؤهبهم للاقبال على تجربة المخدرات والأدوية المحدثة للتعود كوسيلة وأداة تعاملية للهروب من صعوباتهم التكيفية وانكار متاعبهم الحياتية والأسرية والمدرسية.

بالنسبة لليافعين الآخرين تمثل تجربة المخدر الطريقة الوحيدة لكسب قبول الآخرين الذين يتعاطون المخدر، حيث يجد الفرد في معاشرة هذا الرهط ما يجعله يحظى على قبوله لأنه حاكاه في مطالبه وشروطه للعشرة والمعشر والمخالطة

وبالطبع إن المنحى الذي تأخذه مشاعر النقص والعجز عن خلق علاقات ايجابية نحو المخدر هو أحد التفسيرات لمسألة أسباب تعاطي المخدر والبدء بتجربته

الّا أن هناك قضايا تتعلق بمسألة النمو يطرحها لنا (شاندلر ١٩٧٥م) حيث يرى أن نمو الطفل يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالديناميكية التفاعلية القائمة بين الطفل والخبرة التي يقدمها له أبواه والمجتمع.

وأن الميل نحو تعاطي المخدر يمكن فهمه كنتيجة «للتعامل التعاوني أو التآزري» (Synergistic Transaction) القائم بين العوامل التركيبية للفرد التي تؤثر على الشروط البيئية والتي بدورها تعود لتؤثر على الفرد، ومن ثم يعود ليؤثر على البيئة (Chandler, Sameroef 1987).

أي أن السيناريو لهذا التبادل في التأثير يمكن توضيحه بمايلي:
إن الولادة الصعبة قد تحول الأم الهادئة الى قلقة، فقلق الأم خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل قد يسبب لها التفاعلات غير الملائمة مع طفلها، ورداً على هذا القصور من جانب الأم قد يظهر الطفل بعض الاضطرابات في أنماط النوم والتغذية التي تعطي للأم الإنطباع أن طفلها صعب مزعج، لذا نراها تجنح الى اعطاء القليل من الوقت في العناية بطفلها، ويتناقص اهتمامها فيه ولذة تفاعلها معه، واذا لم يتفاعل الراشد مع الطفل ويوليه الاهتمام الكافي بالاتصال به فإن مفرداته اللغوية تكون ضعيفة، وتبرز صعوبات في اتصال هذا الطفل مع الآخرين بفعل هذا الضعف في التفاعل، وهنا نلاحظ التأثير التبادلي السلبي الذي رغبنا توضيحه في تفسيرنا الذي ذكرناه.

إن هذا الأنموذج التعاملي يمكن أن يمتد من الطفولة الى المراهقة حيث يوضح لنا كيف تظهر نزوعات الميل نحو تعاطي المخدر والسلوكيات الأخرى اللاسوية.

فمثلاً أن الولد الذي يفشل في المدرسة ينتابه الشعور بالنقص وضعف الثقة بالذات، وهذا ما يجعل تفاعلاته صعبة مع رفاقه في المدرسة ومع المعلمين، وهذه الصعوبات التي تعترضه قد تتصاعد سوءاً وتزيد من شعوره بالضيق في المواقف الاجتماعية، وهذا ما يدفعه الى التفتيش عن أفراد وأنداد لهم نفس مشاكله، وهكذا يدخل هذا الولد في الأنماط التعاملية الحلزونية والانخراط بمزيد من المشاكل السلوكية.

في الصفحات التالية سنناقش المتطورات التعاملية التي لها علاقة بمخاطر الميل نحو تعاطي المخدر، فالعوامل البيولوجية مثل الاستعداد

المورث نحو تعاطي المخدر (العامل الإرثي) والبيئة ما قبل الولادة، والاضطرابات الفكرية ـ الفيزيولوجية التي تعتبر مظاهر الضعف التركيبية (أي البنيوية) التي إما أنها تخفف تأثير الشدّات أو تقويها.

أ ـ العوامل في الطفولة الباكرة:

نستطيع أن نرى العوامل في الطفولة الباكرة (من عمر سنة ونصف حتى الست سنوات) التي تكسب الصغير استعداداً مسبقاً نحو اظهار مشكلات سلوكية، فيما بعد، ومن ثم تجربة المخدر وتعاطيه.

فما إن يبدأ الصغير بالمرور في تجربة الاستقلال عن والديه وتنامي الشعور بالانسلاخ عنهما (Frikson 1959) حتى يبدأ بالبحث والكشف عن مؤسسات اجتماعية جديدة، وتعلم أنماط جديدة من الألعاب ويشكل علاقات جديدة مع أفراد من جيله وعمره، فهذه الجماعات والرهوط من جيله وسنه تساعد الصغير على خلق مواقف وقيم وتزوده بميدان ليبدأ بتحدي القيم الوالدية، فالعلاقات التفاعلية مع أنداده وجيله لها مضامين هامة في حياته التكيفية التالية المقبلة، ذلك لأنه ضمن هذا السياق يتعلم الولد التعاون الناجح التكيفي ومنافسة الآخرين، والتعامل مع العدوان (Hartup 1979) وبكلمة أخرى يتعلم الأولاد أن يكونوا أكفاء مؤكدين وجودهم، ومزودين بالمناورات والحيل السلوكية والمهارات الكلامية المداهنة والاجتماعية في الميدان الاجتماعي المعقد.

وهنا. والى هذا المدى يكون الصغار قد نمّوا مهاراتهم وكفاءاتهم التعاملية الاجتماعية بحيث نجحوا في تلقي القبول والدعم من قبل أندادهم، ومن جانب آخر فإن مثل هذا الدعم يضعف الى حد كبير تأثيرات الشدّات التي تأتي من جانب المجتمع ذاته (cohen 1986).

أما الصغار المرفوضون المنعزلون اجتماعياً فيكونون بنصيب وحظ كبيرين في التعرض لمخاطر مواجهة الصعوبات التكيفية والمشكلات فيما بعد والتي تكون الخطوة الأولى نحو السيطرة على هذه الصعوبات بوساطة المخدر أو الكحول (Trost, Pederson 1973).

ب ـ العوامل في الطفولة المتأخرة:

خلال مرحلة الطفولة المتأخرة (أي من سن السادسة الى سن الحادية عشرة) يظل الأبوان يلعبان دوراً حاسماً في تدبرهما بشئون أبنائهما في هذه السن، ففي هذه المرحلة من عمر الطفل رغم أنه يقضي معظم وقته في اختلاطاته وتفاعلاته مع رفاقه من العمر ذاته، فإن والديه يظلان في موضع التأثير الكبير عليه في القيم ومنحى السلوك وهيكلة شخصيته، فالعائلة هنا هي التي تنقل اليه القيم والمعايير الاجتماعية، وتصيغ عملية التنبؤ، فإذا كان جو الأسرة تسوده المحبة والوئام والدعم والاحترام، هناك فرصة كبيرة أن يتمثل الصغير المعايير والقيم التي ينقلها الوالدان اليه، وتدخل ضمن نظام معتقده وبنيته المعرفية، وإن نجاح هذا التقمص لهذه المعايير هو عامل هام في خلق التكيف الصحي خلال مرحلة المراهقة

من المعروف أن مفهوم الذات Self-Concept يتشكل خلال الطفولة المتأخرة (Erikson 1959) وهو انعكاس لثقة الصغير في قدرته على التعامل مع المصاعب التي تواجهه وحل المشكلات حلاً ناجحاً، وبما أن مفهوم الذات عند الصغير يتأثر بخبراته السابقة في حل المشكلات وبتفاعلاته الاجتماعية التي اكتسبت منها المهارات، فإن الصغير الذي هو أقل ثقة بقدراته في التعامل مع مصاعبه هو مؤهب فيما بعد للتعثر بسلوكيات اجتماعية غير تكيفية.

أما أولئك الـذين لم تنم مفاهيمهم للذات نمـواً كافيـاً، فإن تـأثيـرات الـرفاق والأنـداد عليهم يكون كبيـراً، ذلك لأن اعتبـارهم لذواتهم يتقـوى ويتعـززز ويصلب بـالاهتمـام الصـادر عن الآخـرين، فـإذا كـان هؤلاء الأصحاب من جيله يجربون المخدرات، فغالب الأحيان يجنـح هذا الصغـير الضعيف الذات الى مشاركتهم هذه المتعة مفضلاً قبولهم له في هذه المشاركة على رفضهم لشخصه اذا ما يشاطـرهم هذه العـادة لأن في رفضهم له معنـاه الحط من اعتباره لذاته، وهذا ما لا يرغبه طبعاً.

جـ - العوامل في المراهقة:

من المعـروف أن مرحلة المـراهقـة هي مـرحلة الـزوبعـة الانفعـاليـة، والعواطف الطاغية (إنها التعبيرات الهرمونيـة والتبدلات البيـوكيميائيـة التي يخبرها المـراهق في مرحلتـه الجديـدة من العمر) وتمتـد هذه المـرحلة من سن الحادية عشرة حتى سن التاسعة عشرة، وكـما ذكرنـا تعتري المـراهق تغيرات رئيسة على المستوى البدني والفكري والأخلاقي، وهذه المرحلة هي المـرحلة الخطرة في تجربة المخدر، وبالتالي ظهـور نماذج الادمـان، في هذا السن، أي المراهقة، يكون عدم كمال العالم الذي حولـه هو القضية البـارزة (Baum-rind 1985) وتدريجياً يبدأ المراهق بسؤال والـديه عن السلطة المـطلقة اضـافة الى الأعراف الاجتماعية (الأزياء. وغيرها) وعنـد إعادة النـظر في السلطة الـوالديـة كسلطة مطلقـة نـراه يـرفض هـذا المنـطق وينتقـد بعض المعـايـير الأخلاقية الـوالديـة، فيراهـا لا تتفق مع جيله وعـادات هذا الجيـل، فمثلاً يـرفض سلطة الأب في عدم التـدخين، وهـذا الـرفض والثـورة عـلى سلطة الوالدين يدفع بعض المراهقين الى تجربة المخدر أو المسكر (Turiel 1978).

وفي الوقت الذي يبدأ المراهق بالاعتراض على بعض المعايير الأخلاقيـة

لوالديه، فإن تأثير أنداده وأصدقائه عليه يتعاظم تعاظماً كبيراً حيث ينقلون اليه مفاهيمهم ونظرتهم ومعاييرهم الأخلاقية.

إن معظم المراهقين حتى أولئك الذين يتمتعون باستقلال نسبي في شخصياتهم يتأثرون بأخلاقية الصديق لأن هذا أمر هام لقبوله ضمن رهط الأصدقاء (صلاح الأصدقاء صلاح الفرد وفسادهم فساده) (Jessor 1977).

فإذا كان الرهط الصداقي يتعاطى المخدر، وقبول الصغير من جانب أفراد هذا الرهط يتوقف على مجاراتهم في تعاطي المخدر، حينئذ فإن هذا المراهق يواجه معضلة إما أن يمتنع فلا يجاريهم، وحينئذ عليه تقويض عرى هذه الصداقة، ومواجهة العزلة والاغتراب، أو مماشاتهم والاذعان لمطالبهم بتجريب المخدر وتعاطيه، وبذلك يخرج عن طوق معايير والديه الأخلاقية التي غرسوها في نفسه.

وفي هذه المرحلة أيضاً يتعلم المراهق كيف يتدبر بالألم العاطفي ويتحمله، الاّ أن هذا التدبر عند البعض يبدو مؤلماً جداً فيهربون الى أنماط السلوك النكوصي الأكثر أماناً مثل الارتباط المفرط بالغير، والانعزال في المراهقة نجد النسبة العالية للانتحار أو محاولات الانتحار اضافة الى سلوكيات وخيمة ترتبط بالصحة، وهذه المظاهر السلوكية ليست في الواقع سوى تعبير عن مدى المعاناة التي يعيشها المراهق في هذه المرحلة

إن هذه النظرة السريعة لمشكلات النمو عند الصغير حتى بلوغه سن المراهقة وعلاقتها بالتكيف تفسر لنا كيف أن التغيرات الطارئة على النمو الانفعالي والشخصية تزيد مخاطر تعرض المراهق الى تجربة المخدر.

هذا ويمكننا تحديد العوامل المؤهبة لهذا الانحراف بالتالي:

تزايد الوعي الذاتي + اعتبار الذات المتدني + الارتباط بالرفاق ومجاراتهم + رفض المعايير الأخلاقية للوالدين = الاتجاه نحو تعاطي المخدر

إن السؤال الهام المطروح الذي يبرز من خلال السلبيات التي ترافق النمو عند الصغير وبخاصة مسألة ضعف الأنا التي تتأثر بمعايير الرهط الصداقي الذي يعاشره وحاجته الى القبول من جانب هذا الرهط، نقول إن السؤال الهام المطروح هو لماذا نجد بعض الصبية يمارسون تحديات المراهق وذلك كفرص بالنسبة اليهم للاستمتاع بالاستقلالية والنمو، بينما نرى آخرين يحاولون التعامل مع هذه القضايا المصاحبة للمراهقة باللجوء الى المخدر؟

إن أبحاث علم الوبائيات ترى أن المشكلات الأسرية والاجتماعية والمدرسية تعرض بعض المراهقين الى مخاطر الانزلاق في درك الادمان وشروره، وأن معرفة هذه العوامل وضبطها تمكن الباحثين من التنبؤ بالمراهقين الذين يسلكون مسلك الانحراف باتجاه تعاطي المخدر

إن من أهم المتنبئات للمشكلات السلوكية هي الوسائل التي يستخدمها الآباء في الرد على أسئلة أولادهم المراهقين حول المعايير الأخلاقية فبعض الآباء يحاورون الصغار بحساسية مفرطة مع ادراكهم بالتغيرات الطارئة على أولئك الصغار، فيتكلمون عن الحدود وفي الوقت نفسه يشجعون الصغار على الاستقلالية، بينما نرى آباءً آخرين، قساة، معاقبين، رافضين في ردهم على صغارهم وبالطبع إن مثل هذه العوامل تؤثر على قرار المراهق في تعاطي المخدر (Kumpher 1987) وبالاضافة الى ذلك إن علم الجريمة المتعلق بالوالدين (الوالدية) وتعاط ، المخدر، والسلوك المضاد للمجتمع هي منبئات Predictors للسلوك الادماني ـد المراهق

فالصغار الذين يعيشون تحت ظل آباء سيّئي التدبر بشئون صغارهم وسداد ارشاداتهم هم أقل ميلاً لتمثل قيمهم أي قيم الآباء، ومعاييرهم الخلقية التربوية، وهؤلاء الصغار يجدون دوماً خارج دورهم الرفاق الذين لديهم المتاعب ذاتها ليندمجوا فيهم واتخاذهم أنموذجاً لمحاكاتهم والتجانس معهم والتخلق بأخلاقهم ومفاهيمهم، وغالباً ما يكون نتاج هذا التفاعل والاندماج التوجه نحو الانحراف بتعاطي المخدر والمسكرات.

إن المراهقين الذين ينخرطون في رهوط صداقية لا تتعاطى المخدر ويختارون هذه الرهوط بملء ارادتهم، فإن علاقاتهم الايجابية مع أفراد هذه الرهوط تعكس علاقات تلك الأفراد المتناغمة السوية مع أسرهم.

ومن الأهمية بمكان أن يدرك الآباء أن تمثل الصغار القوي للمعايير الأخلاقية الأسرية السائدة في اطارهم العائلي، وتقمصهم لهذه المعايير تضعف من احتمال انزلاق الصغار في الارتباط برهوط تتعاطى المخدر نظراً لتعارض هذه السلوكيات (معايير الأسرة ومعايير تلك الرهوط) Catalano 1985

ولا ننسى أيضاً أن الاعلانات التجارية المطروحة في وسائل الإعلام المتعددة حيال الدخان، والأدوية النفسية تسهم في تجربة المراهق لهذه المواد.

ونافلة القول، نلخص بالتالي المشكلات الاجتماعية والأسرية والشخصية المرتبطة بالنمو التي تدفع بالمراهق الى تعاطي المخدر والمسكرات، وهذا ما يجب على الوالدين أن يعرفاه:

- الاهتمام الكبير بالمشاعر السلبية التي يظهرها الصغير في تفاعلاته مع رفاقه مثل الخوف من الرفض، والانعزالية، وعدم القدرة على التفاعل تفاعلاً ايجابياً مع من في سنه من الصغار.

ويتعين على الوالدين الاستعانة بـالمرشـد الاجتماعي أو بـالاختصاصي النفسي لإزالة هذا السلوك اللاتكيفي لأن هذه السلبيـة تقوده الى الشعـور بـالنقص، ويضعف اعتباره لـذاته، ويفقـد ثقته بنفسـه، وهذه المشـاعـر السلبيـة تقـوده الى الانـدمـاج مستقبـلاً في رهـوط من نفس جيله يقتـدي بسلوكياتهم من أجل الحصول على قبوله ضمن رهـوطهم، وبالتـالي يكون عرضة لمطالبهم وتمثل أعرافهم وسلوكياتهم التي غالباً مـا تكون في تعـاطي المخدر والانحراف.

- من الأهمية بمكان أن تكـون الأسرة في نـظر الصغير منبـع قيمه وأخـلاقه، يتخلق بها ويعتنق تلك القيم فتكون حصناً حصيناً له تجعله غير قابل للتأثر بقيم الرهوط التي يندمج بهـا، فهذه الأنـا القويـة لا تنمو الا في ظـل حياة أسرية متناغمة متعاونة متحابة يسودها الأمن والمحبة والتفاهـم والوئام.

إن الأسـرة المنهارة في عـلاقاتهـا والتي تسود فيهـا البغضاء والمشـاحنات تـورث لأبنائهـا الانحراف من خـلال الالتفـات الى قيم أخـرى تسـودهـا سلوكيات الانحراف فيتخلق بها وينجرف معها.

- إن فهم الوالدين لسيكولوجية النمو الانفعالي من الطفولة الى المـراهقة هـو أمر على غاية من الأهمية، فهذا الفهم يجعـل المراهق يـدرك أنه لا يتعـامل مـع قيم مغتـربـة عن مفـاهيمـه الجـديـدة التي تسببهـا أزمـة المـراهقـة، فالاستقلالية هي جزء من نمو الشخصية يجب على الوالـدين أن يحترمـاها، في ظل الاستقلالية وفهم نفسية المراهق النقّادة المتبرمة الثائرة يمكن للأبوين امتلاك ناحيـة الجموح الـذي يتأجـج في نفسية المـراهق والسيطرة عليـه، وتـرشيده بمـا يضمن استمرار ارتبـاطه بـالقيم الأسريـة عن قناعـة وايمـان ومبدأ.

فالمراهق المحصن بالشخصية المثقلة والمزودة بمهارات التكيف والتعامل

مع الغير تعـاملاً نـاجحاً، ليس لـديه الاستعـداد للاقتـداء بالـرهوط ذات المسلك المنحرف.

- من الخطأ الكبير أن نفرط في حماية الطفـل فلا نجعله يحتـك ويتفاعـل مع أنداده من سنه وعمره، لأننا نحـرمه هنـا من خبرات التعـامل والتكيف، ولكن خلال تفاعلاته علينا أن نراقب كيف يتفاعل ومدى نجاحـه في هذه التفـاعلات. فـأية بـادرة احباط وانسحـاب من الوسط الصـداقي الذي تفاعل معـه ولاقى فشلاً ورفضـاً على الـوالدين معـالجة هـذه البادرة التي تحمل كل السلبيات على نموه الانفعالي وتكيفه الاجتماعي.

- وأخيراً. إن الحرية المبالغ بها التي تعطي للمراهق في اختيار ما يـريده من أصدقاء لها المساوىء نفسها في منعه من الاحتكاك مع بيئتـه الاجتماعيـة، فالحرية يجب أن تكون مراقبة، ويتم تجنب التصادم بين نـزوعات المـراهق نحو حريته في الاختيار الصداقي والضوابط الأسرية لهذه الحرية من خلال الحـوار القائم عـلى تصحيح الأفكـار الخاطئـة وشـرح أبعـاد الصـداقـات السيئة. كل هـذا يتم ضمن الاحترام المتبـادل بين الـطرفين في الـرأي، وبتبادل وجهات النـظر، والترشيـد الصريـح الذي يضـع المراهق في جـو يستطيع أن يتعامل مع الحوار بدون حواجز الأبوة.

- إن أفضـل أسلوب لإكسـاب الصغـير المهـارات التكيفيـة هـو جعله يحـل مشكـلاته بنفسـه في علاقـاته مـع البيئة التي حـوله لا أن يتكفـل الأبـوان بـالوصـاية عنـه في حلها، مـع قرن ذلـك بـالإرشـاد والتـوجيـه في كيفيـة التعامل، إن مثل هذا التعلم هو الذي يـرسخ في الـطفل الثقـة بالـذات، ويرفع من اعتباره لذاتـه، ويجنبه مشـاعر النقص والسلبيـة اللتان همـا من مصـادر الاضـطراب النفسي الـذي يفتـح البـاب أمـام تعـاطي المخـدر والاندماج برهوط صداقية تملي مطالبها عليه، كيما يخطىء بقبولها ويعـوض عن مشاعر نقصه.

برنامج التدريب على الاسترخاء وخطواته

تعليمات عامة:

١ ـ انتق مكاناً هادئاً: الضوء والحرارة يكونان معتدلين.
٢ ـ اختر مقعداً ذا مسندين (لراحة اليدين) ويمكن أن تسند رأسك وظهرك براحة تامة (اذا لم يتوفر، استلق على الفراش، يداك مبسوطتان، ومستلق في وضعية مريحة).
٣ ـ أعد نفسك للتدريب على الاسترخاء وتهيأ له نفسياً.
٢ ـ خذ تنفساً عميقاً وببطء من منخريك، احبس الهواء في صدرك لمدة ٦ ثوان (العد من واحد الى ٦) ومن ثم اطرد الهواء بزفير بطيء من منخريك أيضاً، كرر هذه العملية ثلاث مرات.
٥ ـ اعزل نفسك عن المحيط تماماً بتوجيه انتباهك نحو الداخل.

المرحلة الأولى:

ستتدرب على ما يسمى بالاسترخاء المتصاعد، أي توتير مجموعة عضلية لمدة ٦ ثوان ومن ثم ارخائها أيضاً لمدة ٦ ثوان.
الغرض: خلق احساس تفريقي بين التوتر والاسترخاء:

يتناول التدريب المجموعات العضلية الرئيسة في الجسم.
تبدأ التدريب بالتسلسل التالي:
بعد تنفيذ البنود الواردة في التعليمات العامة المذكورة أعلاه تطبق مايلي:
١ ـ وترّ عضلات الأطراف واليدين والوجه دفعة واحدة، استشعر بهذا التوتر لفترة ٦ ثوان ومن ثم ارخ جميع العضلات التي وترتها، استشعر

بهذا الاسترخاء، استمر بالتنفس بصورة عادية في كل مرة تزفر، استشعر أن التوتر يخرج مع الزفير

٢ ـ الآن أرخ جميع عضلات جسمك ارخاءً تاماً:

أ ـ الرأس: اضغط الفكين ضغطاً وسطاً غير مؤلم وأغمض عينيك بشد العضلات ماحول العين (وترّها) بينما تجعل باقي عضلات جسدك في حالة استرخاء، استشعر بتوتر العضلات التي وترتها. الآن أرخ هذه العضلات واستشعر بالإسترخاء. كرر هذه العملية مرتين.

ارفع حاجبيك الى الأعلى لتجعل عضلات جبهتك موترة، أحدث تجعيداً في جبهتك. استشعر بتوتر عضلات الجبهة.

الآن أرخ عضلات الجبهة واستشعر بهذا الاسترخاء.

كرر هذه العملية مرتين.

الآن ادفع برأسك الى الخلف حتى تشعر بالتوتر

ب ـ ارفع كتفيك الى الأعلى نحو الأذنين، رقبتك وكتفيك والقسم العلوي من ظهرك الآن في حالة توتر عضلي. استشعر بهذا التوتر لمدة ست ثوان. أرخ جميع العضلات التي وترتها واستشعر بهذا الاسترخاء، كرر هذه العملية مرتين، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.

جـ ـ الآن، اجعل يديك قبضة، وتر عضلات الساعدين والعضدين وعضلات البطن دفعة واحدة، ابق على التوتر ست ثوان، استشعر بهذا التوتر الآن ارخ هذه العضلات واستشعر بالاسترخاء، كرر هذه العملية مرتين.

د ـ وترّ عضلات الإليتين (بمحاولتك السيطرة على التنفيس من الشرج)

وشد عضلات الفخذين والساقين برفع الكاحلين الى الأعلى وتثبيت رؤوس الأصابع بالأرض، استشعر بهذا التوتر، الآن ارخ هذه العضلات واستشعر بهذا الاسترخاء، كرر هذه العملية مرتين.

استمر في التنفس بصورة طبيعية

المرحلة الثانية: (اتباع تعليمات الشريط الصوتي)

أ ـ قبل اتباع تعليمات الشريط الصوتي، عليك الاستماع اليه مرتين من أوله الى آخره، كيما تستوعب محتوياته وتعليماته

ب ـ تعد الشريط جاهزاً بعد الانتهاء من المرحلة الأولى، ومن ثم تشغل آلة التسجيل وأنت مغمض العينين (بعد تشغيلها) فتتبع تعليمات الاسترخاء التي يمليها عليك الشريط بدقة.

أوح لنفسك وبكلام غير مسموع في كل مرة تسمع ارخ العضل كذا بالتالي:

العضلة كذا مسترخية واشعر باسترخائها، يجب الاحساس بهذا الاسترخاء وليس فقط العبارة، أي عليك أن تخلق في ذاتك الحس بالاسترخاء.

جـ ـ انتباهك مركز على العضل الذي ترخيه، لذا في حال شرود الانتباه بفعل ولوج فكرة عارضة الى ساحة الشعور عليك بإعادة انتباهك وتركيزه فوراً على العضل الذي ترخيه

كلما كان انتباهك نحو الداخل مركزاً على العضلات كان الاسترخاء عميقاً، لا قيمة للاسترخاء اذا كنت شارداً مشدوداً نحو الخارج أو مشغولاً بغير ما أنت عليه.

د ـ بعد الانتهاء من تنفيذ تعليمات الشريط الصوتي تنقل انتباهك الى بعض الأعضاء الرئيسة في الجسم فتوحي لذاتك بالتالي:

ـ اليدان مسترخيتان وثقيلتان ودافئتان (عليك الاستشعار بهذه المشاعر الثلاثة أي الاسترخاء والثقل والدفء).

ـ الطرفان السفليان مسترخيان ودافئان وثقيلان (عليك الاستشعار بهذه المشاعر الثلاثة).

كيما تصل الى هذا الشعور وتحس به عليك تخيل منبع حراري (مدفأة كهربائية، ماء ساخن في بانيو) ركز انتباهك على الاشعاعات الحرارية الصادرة عن هذا المنبع الحراري واستشعر بالحرارة تنفذ الى أطرافك وبوجود ثقل فيها بفعل تدفق الدم وتوسع الأوعية في هذه الأطراف، ركز انتباهك تركيزاً شديداً وأوحي لنفسك بالثقل والحرارة بالأطراف.

ستشعر بإحساس التخدير والتنميل والثقل في الأطراف في هذا التخيل.

ـ التنفس هادىء ومنتظم (ركز انتباهك على التنفس) في كل زفير وتصور أن التوتر يخرج مع الهواء ويزداد استرخاؤك.

ـ القلب هادىء ويعمل بانتظام.

ـ ذهني هادىء. هادىء ومطمئن. وساكن.

ـ ركز انتباهك على عضلات جبهتك وتصور كيس ماء مثلج عليها واستشعر بالبرودة في هذه المنطقة

ـ ركز انتباهك بعد ذلك على الضفيرة الشمسية الموجودة في بطنك واستشعر بالحرارة تشع في بطنك.

المرحلة الثالثة :

أنقل انتباهك (بعد الانتهاء من ذلك) الى تخيل منظر مسار مريح تشعر فيه بالراحة والسعادة (رحلة على شاطىء البحر ، رحلة الى جبل مكسو بالأشجار، نزهة في بساتين ملأى بالورود والرياحين. وغير ذلك).
المهم أن يكون المنظر ساراً وعشته أو تخيلته مسبقاً
أ - يجب أن تشرك جميع احساساتك البصرية والشمية والسمعية واللمسية بكل ما تتخيله بهذا المنظر وكأنك تعيش فيه بحيوية لا أن تكون مراقباً ناظراً.
ب - يجب عدم تصور حركة سريعة لأنها تثير توترك.
خلال تخيلك لهذا المنظر توحي لنفسك بالتالي :
اشعر بالهدوء وبالسكينة، وبالاطمئنان والاسترخاء، ذهني هادىء، وأعضاء جسدي كلها هادئة، اشعر بمزيد من الاسترخاء كلما اندمجت مع هذا المنظر السار. تكرر هذه العبارات عدة مرات وتعيش بهذه الرحلة من ٧ - ١٠ دقائق.

المرحلة الرابعة :

تعد نفسك للخروج من الجلسة الاسترخائية تبرمج ذاتك وتقول لها التالي :
«عندما أقول لذاتي استرخ سأشعر بالاسترخاء وبالهدوء وبجميع المشاعر التي أعيشها الآن وأنا أمارس الاسترخاء».

تكرر هذه الجملة أربع مرات وتتصور كلمة الاسترخاء في ذهنك.

الآن تتأهب للعودة الى الوعي الخارجي، لا يجوز اطلاقاً فتح العينين واستعادة النشاط فهذا يؤذيك، عليك أن تخرج من الاسترخاء الى النشاط والوعي بصورة تدريجية فتعد بصوت غير مسموع:

واحد: تحرك طرفيك السفليين.

اثنان: تحرك طرفيك العلويين وتمددهما.

ثلاثة: تحرك رأسك وصدرك.

أربعة: تفتح عينيك.

خمسة: تستشعر بالانتعاش وبالسرور وبالهدوء.

ملاحظة:

تمارس هذا التدريب مرتين يومياً، وكل مرة مدتها لا تقل عن ٢٠ دقيقة واحدة صباحاً، وواحدة مساء قبل النوم بساعتين.

الاستراتيجيات الرامية الى اضعاف التوتر

لا يوجد التوتر في العالم الخارجي، ولا توجد نوبات قلق تصدر عن هذا العالم، كما أن التوتر لا ينتظرك ولا يتربص بك في ذلك العالم.

إن التوتر يصدر عن ذاتك وعن نفسك ومن تفكيرك وما يدور بنفسك من أفكار ومعتقدات وتفسيرات، إنه نتيجة لما أنت تفسره وما تعتقده عن الحوادث والأحداث الخارجية التي تواجهها في حياتك اليومية، ولأنك تنظر الى تلك الحوادث بمنظار التوتر والانزعاج فإنك تصبح متوتراً منزعجاً، وأحياناً تجد بشراً يعيشون الإنزعاج والتوتر دوماً في حياتهم اليومية لأنهم ينظرون الى المشكلات التي تصادفهم بمدركات وأفكار توترهم وتزعجهم، فإذا كنت تعاني التوتر في حياتك، ذلك لأنك فضلت أن تفسر سلوك الناس والأشياء المحيطة بك بطريقة تزعجك وتوترك، فالتوتر النفسي هو خبرة غير طبيعية

إن جميع الحيوانات، عدا الكائنات البشرية، تتجنب الصراع الداخلي الّا اذا تعرضت للخطر، فيكون مثل هذا الصراع آلية غريزية للحفاظ على البقاء، وعلى هذا فالجنس البشري يجلب لذاته مشاعر القلق المزعجة التي لا تفيده، تلحق أذى في وظائفه الجسدية مثل ارتفاع ضغط الدم، والاصابة بالقرحة وفي أعلى درجات الأذيات العضوية تؤدي الى تقصير العمر.

إن الفرد الذي لديه استعداد تركيبي أرثي للقلق، أي من نوع الشخصية القلقة، فإنه قد يبقى طوال حياته على هذا الاستعداد وذلك التركيب، ولكن قدره هذا لا يعني أنه لا يستطيع أن يتدخل في تركيبه

واستعـداده فيخفف ويتجنب ويضعف تأثيـرات التـوتـر والقلق عن طـريق التعليم، لذلك هناك نصائح ووصايا لأمثال هؤلاء الشخصيـات القلقة، إن تم تطبيقها بكل جدية والتزام، فـإنها بلاشـك تعود الى الفـرد بنتائـج مفيدة تخفف الى حد كبير من متـاعبه وقلقـه وتوتـره وتجعله أكثر استقـراراً وهدوءاً واسترخاءً وتكسر حلقة القلق المعيبة.

وهذه التوصيات هي:

١ ـ بمـا أن علائم القلق تـظهر بـأعراض جسـدية، يتعـين عليـك تخفيفهـا للتخلص من ازعـاجـات القلق البـدنيـة، فـأي نشـاط بـدني يحسّن الاسترخاء، يؤدي آلياً الى اضعاف التـوتر النفسي البـدني، مثل اليـوغا والتأمل، والتمارين الاسترخائية التي تتعلمها خلال العلاج.

٢ ـ عنـدما تشعـر بالقلق والتـوتر يتعـين عليـك التـدرب في السيـطرة عـلى تفكيرك، طرد الأفكار المثيرة للتوتر والقلق من ذهنـك لمدة دقيقـة واحدة في أول الأمر، أي إيقاف التفكير المقلق بتحويل ذهنك عن تلك الفكرة المقلقة الى مواضيع أخرى سارة (كالاستـرخاء وتصـور مناظـر سارة، أو سماع الموسيقى أو الإنشغال بأي موضوع آخر شريطة أن تركـز تفكيرك فيه وليس بممارسته آلياً)، وقد يبدو هذا الأمر سهـل التطبيق، الاّ أنـه في واقع الأمر هو الخطوة الأساسية نحو هزم الأفكار المزعجة والتخلص من استبدادها.

٣ ـ تخلص من مرض العجلة وسرعة الانجاز لكل شي- في حياتك اليومية، مثل التهام الـطعام بسـرعة، وقيـادة السيارة بعصبيـة، والجماع الجنسي السريع، أو ملاحقة ذاتك في أعمال يمكنك انجازهـا بتمهل وعـلى قدر طاقتك.

٤ ـ تجنب وضع نفسك في أعمال يستوجب انجازها في زمن محدد يرهقك ويوتِّرك أعط نفسك يومياً بعض الوقت كيما تتحرر من ضغط الوقت وجلاد السرعة والمواعيد المحددة.

٥ ـ لا تحاول أن تجهد نفسك قسراً لتكون مثالياً في كل نشاطاتك وأعمالك اليومية سواء كنت موظفاً أو رب أسرة، فمثل هذا النزوع لإرضاء الناس على حساب مكابدتك وتوتراتك للوصول الى انجازات ترضي الغير يخلق لك ضواغط نفسية وصراعات واحباطات.

٦ ـ يجب أن تكون قادراً على أن تقول «لا» وبكل عزم وتصميم بالنسبة للمواقف الاجتماعية التي تجلب لك الضغوط والتوترات وتفرض القلق على نفسيتك، ففي رفضك لهذه المواقف تخفف عن نفسك غائلة كثير من الضغوط النفسية التي لا مبرر لها، والتي تكون على حسابك ولصالح غيرك.

٧ ـ أوجد الطرق والوسائل التي تستطيع من خلالها تبديل بعض السلوكيات من شخصيتك والتي ترغب في التخلص منها، اذا انتابك الغضب العاصف بسبب ما، وأوشكت أن تفجر عاصفة الغضب التي تضطرم في نفسيتك، عليك أن تؤجل هذا الانفجار لعدة دقائق، فتجد أن ثورة الغضب قد خمدت من تلقاء ذاتها بهذا الأسلوب التحكمي، لأن خلال هذه الفترة يكون الفعل قد بدأ يأخذ زمام الأمر وليس العاطفة، وهذا من شأنه ازالة توترات الحياة التي تتحكم به وتصبح أنت سيد الموقف.

٨ ـ خصص ساعة واحدة يومياً لتقضيها مع نفسك، وقد تتضايق لأول وهلة في مثل هذا التخصيص بخاصة اذا كانت أعمالك كثيرة، قل لنفسك أنها تستحق مثل هذا الوقت وهذه الساعة تخصصها لممارسة

شتى أنواع ضروب التسلية التي تفضلها كالقراءة والاستماع الى الموسيقى والنزهة . وغير ذلك .

٩ ـ أوجد في نفسك عادة الانشراح والسرور، ابتسم لخمسة أشخاص يومياً في البناء الذي تسكن فيه أو الحي الذي تقطن فيه، وقل لهم وأنت مبتسم صباح الخير أو مساء الخير، إن هذا الاقبال السار نحو الناس يضعف التوتر في نفسك وتخفف في الوقت نفسه عن هؤلاء لأنهم يبادلونك هذا الانشراح .

١٠ ـ نوع نشاطك، لا تكن روتينياً تمارس الأعمال بنفس الطريقة التي اعتدت عليها، لأن الروتينية تثير الملل، وهذا الأخير يحدث التوتر.

١١ ـ تذكر أنه لا المشروبات الكحولية ولا الأدوية النفسية قادرة على حل مشكلاتك، عليك أن تلتمس الارشاد والعون من المختص الذي يرشدك ويساعدك على تبديل سلوكك والتخلص من توتراتك، قد تحتاج في بعض مراحل العلاج الى الأدوية النفسية ولكن لفترة مؤقتة الى أن يتم التخلص من متاعبك بالعلاج السلوكي أو العلاج النفسي، وتتعلم كيف تواجه التوترات الحياتية بأساليب وقائية تحميك من الوقوع في فخ التوترات والقلق .

١٢ ـ تجنب عادة الجلوس الطويل، فالجلوس المديد يثير التوتر والضجر، والى زيادة الوزن والاكتئاب أحياناً، مارس الرياضة المناسبة كالسباحة، والمشي، والرياضات الخفيفة .

تقنية حل المشكلة وصنع القرار

PROBLEM – SOLVING AND DECISION MAKING

في أي عملية علاجية نفسية لابدَّ للمرشد العلاجي أن ينهي العلاج بتعليم المتعالج المريض فن حل مشكلاته وكيف يتخذ قراراته. وأن الغرض من هذا التدريب هو مده بالأسلوب العملي الذي يحرره من ضغوط المشكلات الحياتية والخيارات المطروحة التي تعد بحد ذاتها موترات تثير قلقه، فيصنع القرار الملائم.

إن معظم الأفراد قادرون على ادراك وجود مشكلات تعترضهم وتتحداهم وتعترض رغباتهم. ولكن في الوقت نفسه لا يدركون ادراكاً تاماً أبعاد هذه المشكلات والاحاطة بسلبيات وايجابيات ما يتخذونه من قرارات لحل مشكلاتهم.

يطالعنا العالم النفساني هبنر Hepner، في أحد أبحاثه أن البارعين في حل المشكلات وصنع القرار يتبعون الخطوات التالية:

١ ـ جمع المعلومات عن المشكلة.

٢ ـ التعامل مع العناصر الغامضة للمشكلة.

٣ ـ التعرف على العلاقات والتفاعلات القائمة التي تتدخل في المشكلة حيث يسهل الفهم الدقيق لها.

إذاً الخطوة الأولى في تعليم المتعالج حل المشكلة هو أن يتبع الخطوات السالفة الذكر

وكيما يتم تحديد الفرد تحديداً دقيقاً للمشكلة يتعين عليه معاينة ثلاثة مجالات على الأقل وهي:

أ ـ المجال الأول: تقويم ذات الفرد ويدخل في هذا الاطار:

معرفته/لسلوكيته ـ معرفته لعواطفه ومشاعره المرتبطة بالموقف المثير للمشكلة، نتائج التقويم للسلوك والعواطف.

ب ـ المجال الثاني: تقويم البيئة التي يعيش فيها الفرد والمرتبطة بالموقف المثير للمشكلة.

جـ ـ المجال الثالث: تصور الموقف الباعث للمشكلة وما يرتبط به من أهداف وتوقعات وصراعات.

كيما يتم فهم ما أتينا على ذكره عملياً ستجد أيها المرشد «صحيفة تحليل المشكلة» التي تساعدك على شرح تحديد عناصر المشكلة للمريض.

في هذه الصحيفة تجد البند الأول الذي يحوي على المعلومات الخاصة بالمشكلة ذاتها: أي كيف ينظر صاحب المشكلة الى مشكلته وفي البند الثاني ما مباين الصراع؟ ومس ثم جمع المعلومات الجوهرية الغامضة والمثيرات التمييزية التي تحيط بالمشكلة، مثلاً: معرفة المشاعر، ونوعية الحديث مع الذات، والمخاوف.

في البند الثالث مس هذه الصحيفة تأتي عملية تقويم تأثير البيئة على المشكلة. ثم هناك متطلبات البيئة وضواغطها.

واليك أيها المرشد انموذج صحيفة تحليل المشكلة مع مثال عليها.

أنموذج صحيفة تحليل المشكلة

تقويم المشكلة:

المشكلة: شاب يقوم بوظيفة مدير مبيعات في فندق كبير، مدمن على المسكرات، ومن أسباب ادمانه ضغوط العمل والمسؤوليات والاجواء المساعدة للادمان.

الأهداف: بعد أن أقلع عن المسكرات، يرغب في ايجاد عمل ليعيش منه.

الصراعات: لديه فرص للتوظيف في فنادق كبيرة، ولكنه يخاف قبولها لأنه قد يعود الى شرب الخمر بفعل تركيبة القلق ونفسيته الميّالة للمنافسة، الأمر الذي يشكل ضواغط قد لا يتحملها وتكون من مسببات انتكاسه.

تقويم الذات:

المشاعر: إنفعالي، يثار بالمنافسة والتحدي، لا يستطيع اهمال عمله، يمكن أن يستغل بالمدح والثناء، وينجرف بالعاطفة لاداء العمل ولو على حساب صحته.

الأحاديث مع الذات: ما يقوله لذاته: أن مهنتي الحقيقية هي مدير مبيعات، أميل الى الشهرة، وتفتيش مديري الفنادق عن رجل كفء مثلي، وهذا يضفي علي القبول الاجتماعي والشهرة، ومع ذلك أخاف العودة.

تقويم المحيط:

توقعات الآخرين: يتوقع الآخرون مني دوماً الاّ أعمل الاّ في الفنادق، ويعرفونني أنني اتعاطى الكحول. وقد لا يصدقون أنني قد أعمل بمهنة أخرى غير مجال عملي وأن أكون مفطوماً عن المسكرات.

مطالب المحيط: والدتي تحتاج الى مساعدتي لأنني الولد الوحيد، وليس لها

معين غيري. وأن معالجي يطلب مني الزواج وايجاد عمل ولكن ألاَّ يكون في الفنادق إلاَّ اذا تخليت عن نزوعات المنافسة

النتائج: يجب عليَّ أن أتزوج والاخذ بنصيحة المعالج لأن الزواج فيه استقرار وتبديل أسلوب حياة، كما عليَّ إما أن أجد عملاً مستقلاً أكوّن فيه سمو نفسي، أو أن أنخرط في عمل فندقي شريطة تبديل سلوكي والكف عن المنافسة وتحمل مسؤوليات بلا طائل.

توليد الحلول البديلة التي تؤدي الى صنع القرار:

بعدما يحدد الفرد المشكلة، أي تعلمه كيف يحدد المشكلة وفق ما شرحناه اعلاه، تأتي مرحلة ايجاد الحلول البديلة أو الخيارات التي توصل الى حل المشكلة واتخاذ القرار.

قد تبدو عملية ايجاد البدائل والخيارات للحل مهمة بسيطة إلا أن الواقع غير ذلك. فأي حادثة من حوادث عديدة قد تزود الفرد بالمؤثرات فتثير هذه استجابات غير ملائمة أو قاصرة عن ايجاد الحل. وبتعبير آخر إن البشر قد يضائلون من عدد خياراتهم نتيجة تأثيرات آلية التحويل السلبية والعناصر الانفعالية أيضاً بفعل منظورهم الضيق للمشكلة

إن مهارة حل المشكلة هي القدرة على الاستفادة إلى أقصى حد من خبرات الفرد الماضية، اضافة الى توفر الوعي لتوليد خيارات لحل المشكلة لتكون عملية واسعة الطيف.

لقد أسعفنا أوزبورن Osborn بأسلوبه الثوري الذي اسماه بتقنية العاصفة الدماغية Brain Storming Technique وبرهنت التجربة أن تقنية العاصفة الدماغية تخلق استجابات فعالة في حل المشكلة.

نذكر هنا قواعد هذه التقنية وأسسها:

أ ـ مهمتك الاولى هي إثارة عاصفة دماغية من التفكير أو توليد أكثر ما تستطيعه من حلول للمشكلة، وخلال هذه الاثارة عليك الالتزام بما يلي:

١ ـ أحجم عن الحكم أو عن اتخاذ القرار: ونقصد هنا أن التقويم للأفكار المنتجة والحكم عليها خلال طور توليد الأفكار والحلول يجب تأجيلها حتى نهاية عملية العاصفة الدماغية.

في مثالنا السابق الذي ضربناه على الشاب بعد ما حدد ابعاد مشكلته، وهو على مفترق الطرق إما أن يعود لوظيفته ومخاطر العودة في ذهنه، أو عليه التماس صنعة أخرى لا يعرفها، وخوفه من الفشل لأنه لا عهد له بعمل حر جديد يخطته من جديد ولا يعرف نتائجه لا سيما وهو مقبل على الزواج، ويحتاج الى دخل مضمون.

٢ ـ الاستطراد الحر للأفكار أمر ضروري. أي كلما كانت الفكرة طليقة حرة لا يشوبها قيد أو كبح كانت هي المفضلة. وحتى الافتراضات غير العملية كما تبدو لأول وهلة (بفعل التفاعل المتسلسل المتلاحق للأفكار). فهي أفكار عملية والتي بدونها قد لا تبرز في ساحة الشعور أو الوعي الافكار العملية.

٣ ـ الكم في الافكار هو مطلوب: أي كلما تزايد عدد الافكار وتكاثر زخمها، كانت احتمالات ظهور الحلول المفيدة أكبر فالكم يولد النوع أو الكيف.

٤ ـ دمج الأفكار وتحسينها أمر مطلوب. إن دمج فكرتين أو أكثر في فكرة أخرى ماثلة في ساحة التفكير هو أمر مرغوب، إضافة الى الاستئناس بأفكار الآخرين، ومن ثم النظر في امكانية تحسين الفكرة.

٥ ـ اطرح على نفسك الاسئلة التالية كيما تساعدك على توليد مزيد من الافكار والحلول:

ـ هل هناك شيء حدث قبل ظهور السلوك المرغوب فأثر على هذا السلوك مثل البيئة والمحيط. ؟ وبتعبير آخر هل هناك شيء أثار السلوك. فتدخل فتعارض مع هدفك بايجاد السلوك المرغوب؟ إن هذا يقود إلى خيارات بديلة أخرى هي كذ كذا.

ـ هل حدث شيء ما خلال السير في السلوك المرغوب فمنعك من اتمام الوصول الى ذلك السلوك المرغوب مثل القلق أو الخوف الخ إن هذا يقود الى خيارات بديلة أخرى هي

ـ ما الذي حدث أو لم يحدث بعد الوصول الى السلوك المرغوب. ؟

إن السلوك الذي يتعزز بالاثابة يتقوى ويعود الى الظهور ثانية لذلك عليك التساؤل: هل هناك إثابة كافية. ؟

إن هذا يقود الى خيارات بديلة أخرى هي

إن التساؤلات الآنفة الذكر هي معاينة الأشياء والشروط التي تتدخل في حل المشكلة ذلك أن كثيراً من الأشياء التي قد تحدث قبل واثناء وبعد السلوك المرغوب هي تلك التي تحتاج الى تبديل لحل المشكلة.

٦ ـ للاستفادة مں انجازاتك السابقة، اضافة الى انجازات اصدقائك في حل المشكلة أطرح على نفسك الأسئلة التالية:

ـ ما المواقف السابقة التي تماثل الموقف الذي أنا فيه

ـ ما الحلول التي سبق أن اتخذت في تلك المواقف، إن هذا يطرح مزيداً من الخيارات والبدائل الأخرى هي.

ـ كيف يستجيب صديق (وهو من المعروفين في مهاراته في حل المشكلات) عندما يواجه هذه المشكلة؟

اسأل هذا الصديق عن رد فعله، وموقفه من مشكلتك لو كان هو في مكانك. إن هذا يطرح مزيداً من الخيارات والبدائل الأخرى هي.

اتخاذ القرار أو صنعه:

صنع القرار هو عملية انتقاء أحد الخيارات أو البدائل التي أثارتها عملية العاصفة الدماغية. إن صانع القرار الناجح هو الذي:

١ ـ يختار الحلول المتوقع أن تعطي نتائج ايجابية بأكبر قدر من الاحتمالات المقرونة بأفضل النتائج. أي أن النجاح في اتخاذ القرار هو نسبي وليس مطلقاً.

٢ ـ أن يكون صاحب القرار المتخذ متمتعاً بالصحة النفسية والتوازن الانفعالي، اضافة الى وجود رغبة لديه بتحمل مسؤولية قراره.

٣ ـ أو أنه يصل الى قرار يتضمن أكبر عدد من النتائج الايجابية وأدنى حد من السلبية.

كشفت الدراسات أن الأفراد غالباً ما يكونون عاجزين عن التعرف على الحل البديل الأفضل. فصاحب المشكلة الذي يبحث عن القرار الصائب يكون عادة متخوفاً من اتخاذ قرار يفضي الى نتائج سلبية. مثلاً في مثالنا السابق هل أعود الى عملي الفندقي أو أفتح محلاً تجارياً برأسمال متواضع. فكل خيار من هذين الخيارين لهما مساوىء ومحاسن بالنسبة للشاب الذي ضربنا مثلاً فيه. هل أدخل الجامعة في اختصاص الطب، أو الصيدلية. ايضا لكل قرار من هذين القرارين محاسن ومساوىء بالنسبة للطالب.

فالصعوبات المصادفة في صنع القرار الخاص بمشكلات الحياة غالبا ما تتضمن وجود نقص في:

أ ـ دقة تقويم احتمالات نجاح كل حل بديل للمشكلة
ب ـ دقة تقويم الفوائد والافضليات أو القيم المرتبطة في كل حل بديل.

هناك نموذج مقترح لصنع القرار وصفه «غولفريد» ـ والمبين فيما يلي ـ إن بنوده تفسر نفسها بنفسها ويسمى هذا النموذج بصفحة الميزان التي تتضمن الحلول المطروحة والقرار المتخذ في ضوئها.

أنموذج صفحة الميزان

الحلول البديلة	النتائج على المدى القصير		النتائج على المدى البعيد		النتائج الشخصية		النتائج الاجتماعية		احتمال النجاح	
	+		+		+		+		+	
الحل البديل الأول										
الحل البديل الثاني										
الحل البديل الثالث										
الحل البديل الرابع										
الحل البديل الخامس										

بعدما شرحنا لك أيها الاختصاصي الاجتماعي أو السيكولوجي ـ أسلوب حل المشكلة وصنع القرار، ما عليك إلا أن تشرح فردياً أو جماعياً بعد انتهاء العلاج الارشادي للمراهق المتعالج كيف يحل مشكلاته الاجتماعية والمهنية والدراسية التي تعترضه بشكل علمي وعملي مما يساعده على تجنب الوقوع في أخطاء تضعف من ثقته بذاته أو تحبط أعماله، وأنت سعيت خلال الارشاد الى بناء شخصيته وتقويم اعوجاجه وتصحيح اضطرابه النفسي.

تقنية إزالة التحسس
من المخاوف والقلق

حتى نصف القرن الماضي لم تكن هناك خطوط مرشدة علمية موثقة في علاج المخاوف المرضية. إلا أنه حوالي عام ١٩٢٠م أجرى واطسن، وهو رائد الحركة السلوكية، تجاربه المعروفة عن التعلم، فطرح عدة أساليب يمكن الأخذ بها وتجربتها. أحد هذه الأساليب تقديم استجابات أخرى، وخلال وجود استجابة الخوف إلى المتعالج، وذلك بهدف مناهضة استجابة الخوف. وبعد عدة سنوات قليلة طبقت الدكتورة «ماري كارفر جونس»، المتخصصة النفسية في جامعة كاليفورنيا ـ بركلي ـ وكانت من تلامذة الدكتور «واطسن»، ما اقترحه واطسن، أي تقديم استجابات معينة خلال تعرض المتعالج الى استجابة الخوف، فحالفها النجاح في عدة حالات مخاوف اطفال. ومن المناسب هنا أن نذكر بعض تلك الحالات الموثقة في دراسات نشرتها عام ١٩٢٤م.

صبي عمره ٣ سنوات اسمه «بيتر»، يبدي خوفاً شديداً من الارانب، ومن المعاطف التي جلدها فراء، وقطن.

عمدت هذه العالمة النفسانية الى وضع هذا الطفل على كرسي مرتفع في أحد زوايا غرفة طويلة متسعة وأعطته قطعة حلوى حسب مذاقه ورغبته. وفي الوقت الذي كان يأكل هذه الحلوى دخلت فتاة شابة وبيدها أرنب من الباب الواقع في الطرف الآخر من الغرفة، وتقدمت وهي تمشي الهوينا وببطء نحو هذا الطفل، بينما كان يراقب تحركها البطيء، نحوه الى ان توقف عن تناول الحلوى. هنا رجعت الى الخلف قليلاً وببطء أيضاً الى الحد الذي أصبح الأرنب على مسافة كافية فلم يعد يقلق هذا الطفل، فعاد

هذا الأخير الى إكمال تناول الحلوى. بعد فترة دفعت هذه الفتاة الصبية الأرنب الى الأمام قليلا بدون أن تسبب للطفل التوقف عن أكل الحلوى.

كررت العالمة هذه التجربة العلاجية مرات ومرات خلال مدة شهرين إلى أن أصبح هذا الطفل مستعداً فلا يزعجه اقتراب الأرنب نحوه بدليل استمراره في تناول الحلوى، وفي نهاية الجلسات العلاجية نجحت هذه العالمة في جعل الطفل يمسك بالارنب بدون أن يظهر خوفاً أو قلقاً. ولاحظت العالمة أثر أزالة التحسس التخوفي من الأرنب، أن مخاوف الولد من القطن والريش ضعفت أيضا الى حد بعيد، اذ حينما كانت تقدم له هذه الأشياء كان ينظر اليها فيمسكها، ومن ثم يلتفت الى نشاطات أخرى في الجلسة العلاجية الأخيرة برز فضول في ذهن هذه العالمة رغبت فيه أن تعرف ماذا يحدث لهذا الطفل فيما اذا تعرض الى حيوان مختلف - أي غير الأرنب -. وكان سؤالها الذي ترغب في أن ترى الاجابة عليه هو: هل خوف الطفل مرتبط بملامح حيوان لا توجد في الأرانب؟

وضعت أمام الطفل بيتر فأرة وكتلة من الديدان. في بداية الأمر، ولأول وهلة، أظهر انزعاجه من هذا الموقف فتراجع الى الخلف قليلاً، إلا أنه بعد عدة دقائق لم يلبث فعاد ليراقب الفأرة ويمسك بيده الديدان بدون اضطراب. وهكذا اتضح لها أن الفراء لوحده وليس الحيوان هو الذي كان موضع خوفه السابق وليس صفات واشكال الحيوانات الأخرى. وبالطبع أن اسلوب ازالة التحسس الذي اتبعته مع الاطفال بادخال استجابة مفرحة جديدة خلال تعرض الطفل للمنبه المخوف، وهو الطعام لا يمكن اتباعه عند الكبار. إلّا أن أهمية التجربة كانت ذات مدلول كبير حيث أمكن ازالة العصاب التخوفي من خلال التعريض المتدرج للعنصر المثير للخوف وازالة التحسس كما رأينا.

تقنية ازالة التحسس المنهجية : Systematic Desensitization

تعد تقنية إزالة التحسس المنهجية من المخاوف المرضية والأشياء المثيرة للقلق الطريقة الأكثر شيوعاً واستخداماً في أساليب العلاج السلوكي. ونعني بازالة التحسس جعل المتعالج المريض أقل تحسساً وتخوفاً من المنبه الذي يثير خوفه. أما تعبير «المنهجي» فيعني أن على المعالج أن يتبع القاعدة الخاصة بهذه التقنية فحينما يزيل التحسس على مستوى معين من الخوف عليه أن ينتقل إلى المستوى التالي الذي يليه وهكذا حتى يأتي وبصورة منهجية على جميع المستويات التخوفية. فيطفؤها.

يقوم منهج التقنية على تغذية Feeding الطريقة التي حلت مشكلة العصابات التجريبية (أي الاضطرابات النفسية التجريبية التي أمكن خلقها في الجرذان والكلاب في تجارب بافلوف وواطسن وولبي Wolpe)

تتلخص هذه التقنية في تعريض المتعالج الى «جرعة» من الشيء الذي يخافه في الوقت الذي يكون في حالة استرخاء وهدوء وسكينة. وأن السكينة، التي تستخدم عوضاً عن التغذية التي رأيناها عند طفل التجربة من أجل مناهضة الخوف، يتم اكتسابها من خلال ممارسة الاسترخاء العميق لعضلات المريض المتعالج. وأن العنصر المخوف لا يطرح على المتعالج كما يبدو في الواقع ولكن بتخيله تخيلاً حياً.

إن هذا لا يسمح فقط للمعالج بعرض مدى غير محدود من المنبهات والمواقف على المتعالج، ولكن ايضاً يمكّنه من ضبط بداية ونهاية الموقف المعروض ضبطاً دقيقاً.

إن جوهر هذا الأسلوب يكمن في جعل المتعالج الهادىء الساكن

يتخيل الموقف المخوّف لعدة ثـوان بصورة مستمـرة، وفي كل اعـادة لتخيل هـذا الموقف (عنكبـوت، ساحـات مكتظة بـالنـاس، أفعى، طـائـرة وغـير ذلك . .) يتضاءل الارتكاس التخوفي ويضعف بحيث يهبط تـدريجياً ليصـل الى الصفـر ومن ثم ينتقل المعـالج الى المستـوى التالي من المـوقف التخوفي حيث يعالج بالطريقة ذاتها وهكذا دواليك حتى يتم إطفـاء الخوف المـوضوع لحد كبير

١ ـ قياس درجة الخوف:

إن اللغة العادية في التفاهم والاتصال مع المريض قد لا تفلح في معرفة مقـدار الخوف الـذي يعانيـه. ففـي الإجابـة عـلى السؤال التـالي : مـا درجة الخوف الذي تشعر به الآن»؟ فان عدة أفراد تكون أجوبتهم كـالتالي : «الخـوف قليـلٌ». ولكن عنـدمـا نلجـأ الى قيـاس النبض، وضغط الـــدم، والاستجـابات الجلديـة الكهربيـة، فاننـا نجد أن فـروقـاً كبيـرة في الإثـارة التخوفية من فرد الى آخر رغم أن أجوبتهم كانت نفسها كما رأينـا. وحيث أن جهـاز قياس الاستجـابات الجلديـة غيرمتـوفر لـدى كل معـالج فـلا بد والحالة هذه أن نجد طريقة مثـلى، وعملية، لتحـديد درجـة الخوف تحـديداً كمياً، أي بتعبير آخر تحديد مشاعر الخوف كماً وهذا الأمـر يكون من خـلال استخدام ما نسميه «سلم القلق الذاتي» Subjective anxiety scale

كيف يتم تطبيقه ؟

تطلب من المتعالج ما يلي:

«تخيل أسوأ خوف تعانيه واعطه الـرقم ١٠٠ وهذا الخـوف هو الخـوف

الأعظمي من جميع المخاوف التي تشكو منها   بعد ذلك تخيل ذاتك هادئة ساكنة لا تشعر بأي خوف ولا قلق.   اعط هذه الحالة الدرجة «صفر».

في كل لحظة من لحظات وعيك لا بد أن يكون مستوى خوفك يقع بين هذين الحدين، أي الدرجة ١٠٠ والدرجة صفر على هذا السلم. فأين مكان الخوف الآن على هذا السلم.؟» مهما كانت الاجابة سواء أكانت الدرجة صفر أو ٣٥، أو ٨٠، يستمر التقويم للخوف. أنت باستطاعتك أيضاً استخدام هذا السلم كيما تعلمني ما المقدار الذي تتوقع فيه أن يرتفع خوفك بفعل مواقف معينة من بين تلك المواقف التي تحدث لك الخوف».

مع قليل من التدريب يتمكن معظم المتعالجين بتقدير قوة مخاوفهم بكثير من الثقة   بعد ذلك يستخدم السلم لتمكين الفرد من التصريح عن قوة ردود فعله تجاه المشاهد التخوفية التخيلية التي تعرض عليه وذلك خلال عمليات ازالة التحسس التخوفي.

لتوضيح القصد والمأرب، نورد لك بعض وصوفات الخوف التي قد يتعلمها المتعالج ومعادلاتها بمستويات السلم المختلفة.

صفـر = لا يوجد قلق على الاطلاق. هدوء كامل.
١ ـ ١٠ = قلق خفيف جداً.
١٠ ـ ٢٠ = قلق خفيف.
٢٠ ـ ٤٠ = قلق متوسط الشدة، مشاعر غير سارة قطعاً.
٤٠ ـ ٦٠ = قلق شديد، كرب شديد.
٦٠ ـ ٨٠ = قلق شديد، أصبح لا يمكن تحمله.
٨٠ ـ ١٠٠ = قلق شديد جدا، يقترب من الجزع والهلع.

٢ ـ تحديد مصادر الخوف:

إن السؤال المطروح هنا هو: كيف يكون في مقدور المعالج معرفة هوية المخاوف على السلم الهرمي المدرج بالعلامات المذكورة آنفاً؟

الجواب: هو أنه يبدأ بمعاينة الشكوى التي يبديها المتعالج فإذا كان ـ على سبيل المثال ـ انزعاجه يظهر عندما يكون في زحمة مع الناس حينئذ فإن جوهر الخوف مصدره وجوده بين تجمعات الناس (أي ما يسمى علمياً رهاب الساح). وفي حالات أخرى يظهر انزعاجه عندما يكون في بؤرة اهتمام الناس (حتى لو كان لا يفعل شيئا) ـ أي القلق الاجتماعي ـ. وفي أمثلة أخرى يظهر اضطرابه عندما ينخرط بنقاش مع الناس ـ الخوف من الكلام مع الناس ـ وبالطبع كما نرى أن هذه الجوانب الوصفية المادية التي يبديها المريض حيال شكاويه تظر بذاتها عدم كفايتها وقصورها لتوضيح القلق. حينئذ على المعالج أن يتحرك إلى الأمام الى سير أكثر امتداداً وعمقاً وبتوجيه أسئلة الى المتعالج.

ففي البداية، هذا الأسلوب يكون بمثابة عمل تخميني، ومن ثم بعض نقاط البداية تظهر ذاتها على التو في تعاملها مع الزمان والمكان بحيث أن تفاصيل الظروف طبقاً لمستويات القلق قد يطرأ عليها التبديل. فالمعالج والحالة هذه يتصرف مثل النحلة التي تحوم حول الزهرة فتغير اتجاهها، وتحط على بعض الأمكنة قبل انتقائها النقطة المطلوبة الصحيحة.

وما أن يخط خطاً معيناً يبدأ باظهار بعض الوعود حتى تتركز الاسئلة فتصبح أكثر دقة. ومثالنا التالي يوضح ما فصلناه وشرحناه :

ممرضة جميلة جذابة عمرها ٢٨ سنة تشتكي من سرعة الاثارة العصبية

أثناء العمل وفي المواقف الاجتماعية. ورغم جمالها لم تكن تجرؤ على إقامة علاقات صداقة، ولا الاستمتاع بها. عبرت عن مشكلتها الى المعالج بالصورة التالية:

«أشعر بالضيق والكرب عندما أكون بين الناس. لا أشعر بالراحة خلال العمل، يضربني القلق الشديد في معظم الأوقات».

إن المشكلة التي تضم تحتها جميع صعوباتها هي القلق حيال ما يفكر الناس في شخصها. فعندما تكون في سهرة مع بعض الأصدقاء مثلا، تفكر أن هؤلاء الناس ينظرون إليها على أساس «امرأة سيئة الذوق في لباسها». وإذا كانت في العمل تقلق من أن يفكر رئيسها أنها غير وجدانية بصورة كافية. وعندما صممت أخذ دروس على البيانو، فكانت تؤول أي ملاحظة تصدر عن معلم البيانو أنها تمتلك الموهبة لتعلم فن العزف على البيانو وهكذا فإن جميع مخاوفها كانت صادرة عن تفكيرها ومن صنع بنات خيالها وتأويلاتها الذاتية للمواقف الخارجية. أي بتعبير علمي كانت مخاوفها لا تعدو كونها اسقاطاً لأفكارها على الغير.

إن القلق المثار بفعل هذه الأفكار المسقطة على الغير كان وظيفة مشتركة لمحتوى هذه الأفكار وللفرد الذي يتم اسقاط الأفكار عليه من قبلها. لذا كان هناك تسلسل هرمي ذو بعدين وهو ما سنذكره فيما بعد.

ففي إزالة التحسس، كان يترتب عليها تخيل سماع مقولة عن ذاتها صادرة عن شخص معين، وذلك وفق نظام صاعد من القيم العددية والمبنية في التسلسل الهرمي المتصاعد.

٣ - ترتيب مصادر الخوف - النظام الهرمي المتصاعد:

يسعى المعالج الى الكشف بالتعاون مع المريض، عن المواقف التي تثير مخاوف المريض، ورصدها في لائحة من قبل هذا الأخير. ونظراً لوجود العديد من التصانيف للمواقف الباعثة على الخوف، لذا فهناك العديد من اللوائح. وقد يذكر بعض المرضى مثلاً ثلاثة منبهات موقفية مثيرة للخوف وبلوائح ثلاث:

أماكن غريبة - الفشل - والارتفاعات.

وبالتعاون القائم بين المريض والمعالج أو المرشد يتم اعادة تصنيف المواقف التخوفية في كل لائحة من أجل تحديد مقدار الخوف (بالارقام العددية) في هذه المواقف الثلاثة أي التسلسل الهرمي لقوة هذه المخاوف. وهذا التصنيف الجديد وفقاً لشدة المواقف المثيرة للخوف نسميه بالتصنيف الهرمي Hierarchy

فمثلاً الخوف من الارتفاعات. يكون المريض متخوفاً قليلاً عندما ينظر الى الأرض من الطابق الثالث. إلا أن خوفه يزداد عندما ينظر الى الأرض من الطابق الرابع وهكذا يتزايد الخوف صعوداً إلى الأعلى. لذا يكون التسلسل الهرمي للارتفاعات بدءاً من الطابق الثالث وحتى الأعلى صعوداً. وهنا فإن التتالي العددي للارتفاعات التي ترفع من حدة الخوف في خطوات متساوية تختلف من حالة الى أخرى. فالتتالي النموذجي يكون على الشكل التالي: الطابق الثالث، الطابق الرابع، الطابق السادس، الطابق العاشر، الثالث عشر، وهكذا وفي الارتفاعات الأعلى يحتاج الى زيادة في الارتفاع لزيادة الخوف حتى مقدار معين.

وبالطبع إن اللوائح المتعلقة بمخاوف الارتفاعات تكون عادة بسيطة نظراً لأن الزيادة تكون ذات بعد وحيد أي الارتفاع. والشيء ذاته بالنسبة للمخاوف المرضية الأخرى مثل الخوف من الأماكن المغلقة، والظلام، والحيوانات غير المؤذية ولعل الخوف من العنكبوت مثلاً يزداد مع اقتراب هذه الحشرة من المريض الذي يخافه، ويزداد الخوف في الظلام مع درجة حلكته.

إن المخاوف تختلف بأكثر من بعد واحد حتى في الرهاب البسيط. فالخوف من العناكب مثلاً يختلف ليس فقط بقربها من المريض المتخوف، ولكن أيضا بالابعاد الاخرى مثل، حجم العنكبوت ولونه، وصفات حركته. وفيما اذا كان محجوزاً في قفص أم أنه حي أو ميت وما إلى ذلك.

من ناحية أخرى، نفس حالة الفتاة الشابة التي تشكو من مخاوف اجتماعية التي ذكرناها، فإن شدة الخوف يحددها عاملان متفاعلان متداخلان: التقويم المفترض عن ذاتها والصادر من قبل الغير كما تتخيله وتأوله مثلاً «أنا أنانية»، «حسي في انتقاء الملابس المناسبة ضعيف» وما شابه ومس ثم الشخص الذي يسقط عليه هذا التقويم والتثمين لحالتها ولسلوكها. وهذا ما يتطلب في حالتها إنشاء بُعدين من المقياس الهرمي المتسلسل.

في بعض الحالات تكون مصادر الخوف مختلفة اختلافا كلياً بحيث يصعب وصفها من بُعد واحد، كالحجم، والارتفاع، والعدد. وهنا يتقرر السلم الهرمي في تصنيف تسلسل المواقف التخوفية لحالة معينة ليس بالمقياس المادي الخارجي، ولكن وفقا للمشاعر التي تثيرها المواقف عند الفرد. ولتوضيح ذلك نضرب المثالي التالي، هناك تماثل مادي بسيط بين

شعور المرء بالضيق والحصر من الخاتم الذي في أصبعه، وضيقه من ركوب المصعد. إلا أنه عندما يسبب الخاتم والمصعد الشعور نفسه بالضيق والكرب والحصر عند المريض (الخاتم دلالة عنده عن حجز حريته في زواجه) حينئذ نعمد الى جمعها في نفس السلم المتسلسل الهرمي وليس وضع كل واحد من هذه المنبهات المثيرة للضيق في لائحة منفصلة هرمية التسلسل. فهذا الشعور بالضيق والحصر هو الذي يخلق القلق أو الخوف في كلتا الحالتين. وهنا نصنف درجاتها في السلم ذاته تبعاً لشدة الخوف المثار المُحرض.

سنذكر لك في التالي أربعة سلالم هرمية التسلسل تعكس في كل سلم موقفاً قلقاً معيناً موقفياً. الموجودة التي نراها على يسار كل موقف او مستوى قلقي تعبر عن قوة القلق ودرجته بنسبة عددية مثوية. ومن الملاحظ أن بنود المواقف في كل سلم هرمي منتظمة في ترتيب تنازلي أي من المستويات الأكثر اثارة للخوف أو القلق نزولاً حتى اضعفها. الا أننا عندما نسعى إلى ازالة التحسس من هذه المستويات القلقية الموقفية (وهذا ما سنراه لاحقاً) فإن العلاج يبدأ من الموقف الأقل اثارة للخوف أي من الاسفل وصعوداً حتى الأعلى. وهذا ما ننبه اليه منذ الآن.

أ ـ الموقف القلقي الأول هو: الشعور بالصغارة والضيعة.

التسلسل الهرمي لبنود هذا الموقف ودرجاته

الموقـــف	الدرجات
١ ـ ملاحظات ساخرة من قبل الزوج	٨٥
٢ ـ ملاحظات ساخرة من قبل الاصدقاء	٧٥
٣ ـ تهكم من قبل الاصدقاء أو الزوج	٧٠
٤ ـ التقريع بفعل الأعمال الناقصة	٦٠
٥ ـ ملاحظات خلال النقاش تدل على التجاهل	٤٠ـ٥٠
٦ ـ عدم الدعوة الى سهرة من قبل صديق في العمل	٣٥
٧ ـ الاستبعاد من نشاط مجموعة	٢٥
٨ ـ عدم الدعوة الى وليمة من قبل صديق	١٥
٩ ـ الشعور بموقف سلطوي مفروض من قبل أي شخص	٠٥

ب ـ الموقف القلقي الثاني: مخاوف مرتبطة بالموت

الموقـــف	الدرجات
١ ـ رؤية رجل ميت في تابوت	١٠٠
٢ ـ وجوده في المقبرة	٩٠
٣ ـ رؤية جماعة دفن الأموات من مسافة	٨٠
٤ ـ قراءة نعي شاب توفي بنوبة قلبية	٧٠
٥ ـ قيادة السيارة بجانب مقبرة (كلما اقترب من المقبرة تزايد القلق)	٥٥ـ٦٥
٦ ـ مشاهدة جنازة (القرب هو الاكثر اثارة للخوف)	٤٠ـ٥٥
٧ ـ المرور أمام دار الميت والجنازة على أهبة الانطلاق (القرب هو الأكثر اثارة للخوف)	٣٠ـ٤٠
٨ ـ قراءة نعي وفاة رجل مسن	٢٥
٩ ـ الوجود داخل المستشفى	٢٠
١٠ ـ مشاهدة المستشفى	١٠
١١ ـ مشاهدة سيارة الاسعاف	٥

جـ ـ الموقف القلقي الثالث: الخوف من الاعراض البدنية رغم كونها غير هامة (وساوس مراقبة)

Hypochondrias

الموقـــــف	الدرجات
١ ـ رجفان القلب (خوارج انقباض)	٩٠
٢ ـ آلام في الصدر والبطن	٨٠
٣ ـ آلام في الكتف الأيسر والظهر	٧٠
٤ ـ ألم في ذروة الرأس	٥٥
٥ ـ طنين في الاذنين	٤٥
٦ ـ رجفان اليدين	٣٥
٧ ـ خدر أو ألم في أصابع اليد	٢٥
٨ ـ زلة تنفسية (ضيق تنفس) بعد الجهد	٢٠
٩ ـ ألم في اليد اليسرى (بسبب اصابة قديمة)	١٠

د ـ الموقف القلقي الرابع: الخوف من تفكير الناس عن المريض (الخوف الاجتماعي)

(يوجد هنا بعدان في التسلسل الهرمي)

نظرة الشخص والصفة عند المريض

	نوع القلق	زهير	أحمد	خالد	أمين	محمود	الدرجات
١	الأنانية	٧٥	٦٠	٥٠	٤٠	٢٥	
٢	هندام سيء	٦٠	٤٥	٤٠	٣٠	٢٠	
٣	ذوق سيء في اللباس	٥٥	٣٥	٣٥	٢٥	٢٠	
٤	العزلة	٤٥	٣٠	٢٥	١٠	١٠	
٥	ضمير مسلكي	٤٠	٢٥	٢٠	١٥	٠	

إن الهدف من وراء تنظيم التسلسل الهرمي الذي شرحناه آنفاً هو مساعدة المرشد (أو المعالج) بالتعامل مع عنصر الخوف الذي يزعج المتعالج بمقادير قليلة ولكن بصورة متواصلة. ومن الأهمية بمكان جعل مستويات الفروق في تصانيف المواقف المخوفة متجانسة في السلم الهرمي. وعادة ما تكون الفواصل الرقمية المتدرجة في السلم بحدود ١٠ درجات أو وحدات، وهذا ما يشبه تصميم درجات السلم الذي يستخدم للصعود. فإذا كان الفاصل بين درجة والدرجة التي تليها كبيراً يتعذر أو يستحيل صعود درجات السلم. وإذا كان الفاصل قليلاً حينئذ يجب وضع درجات كثيرة، وتكون المسافة الافقية طويلة للوصول الى ارتفاع معين. وعادة يكون السلم الهرمي مؤلف من ١٠ مستويات أو خطوات، وبعض هذه السلالم يحتاج الى أكثر.

٤ ـ الاسترخاء العضلي العميق:

كما هو الحال في علاج العُصابات النفسية عند حيوانات التجربة، يحتاج اضعاف عادات الخوف الانساني الى استجابة تناهض وتعاكس الخوف. ففي حيوانات التجربة يُعد الطعام الاستجابة السارة المناهضة للموقف الموتر (القطط)، بينما في تقنية ازالة التحسس تكون الاستجابة المعاكسة هي الاسترخاء والهدوء (أي متعة الاسترخاء)، نتيجة استرخاء العضل العميق (Wolpe 1982)

من المعلوم أن الاسترخاء العضلي العميق له تأثير انفعالي معاكس لتأثيرات القلق أو الخوف. إذ في الاسترخاء يتناقص النبض وضغط الدم الشرياني، ويتباطأ التنفس وينتظم (تضاؤل تنبيه الجملة العصبية الودية

لتلك الاعضاء)، ويتزايد نشاط الجهاز الهضمي، ويتضاءل التعرق في راحة الكفين. فالهدوء يتصاحب مع هذه الظواهر البدنية الفيزيولوجية، أي يتضاد الهدوء مع الاعراض البدنية المعاكسة المذكورة التي يحدثها القلق والتوتر (انظر فن التدريب على الاسترخاء الموجود في الملحق).

إن كثيراً من المتدربين يستطيعون اتقان الاسترخاء العميق خلال ٣ ـ ٤ جلسات تدريبية وتخصص عادة من ١٥ ـ ٢٠ دقيقة للتدريب على الاسترخاء العضلي.

يختلف الاسترخاء العميق عن الاسترخاء العادي الذي نشير اليه عادة ونسمية «بالاسترخاء» فقراءة كتاب، والاستمتاع بصيد السمك، والاستلقاء تحت الشمس (الحمام الشمسي)، والعناية بالحديقة كلها نشاطات استمتاع واسترخاء أما الاسترخاء الفعال النشط هو ما تستوجبه عادة عملية ازالة التحسس واغراضها.

إن هذا يعني أن الاسترخاء الأكثر عمقاً والأكثر تركيزاً على العضلات من الاسترخاء العادي الذي ضربنا أمثلة عنه هو المطلوب.

وفي الاسترخاء العضلي العميق يطلب المعالج من المتدرب تحديد العضلات في مناطق بدنه المختلفة أي عضلات: الوجه، وجبهة الوجه، والفكين، واللسان، والعينين، والرقبة، والكتفين، والذراعين، والظهر، والبطن، والفخذين، والساقين، والقدمين. وما أن يتم تحديد مجموعات العضل حتى يباشر بارخائها تتابعياً.

وليعلم المدرب أن الهدف من استرخاء العضل ليس العضل ذاته بل الوصول الى السكينة النفسية. ويجب أن يتحقق المتدرب أو المدرب من

حصول الاسترخاء بالعلامات الفيزيولوجية (الاستجابة الاسترخائية) التي يشاهدها المتدرب (بطء التنفس وضربات القلب، وضعف التعرق في راحة اليدين، وتباعد القدمين) بينما يحس المتدرب بمشاعر الاسترخاء باستشعاره مثلاً بالخدر في رؤوس أصابع يديه ورجليه، وارتفاع حرارة اليدين وثقلهما مع الرجلين أو الحس بالثقل أو بالعكس بخفة الوزن وما الى ذلك من احساسات غريبة قد تخيف احياناً المتدرب وعلى المدرب أن يلفت الأول الى تلك الاحساسات التي قد تنتابه تحسباً من انزعاجه.

وليعلم المرشد أن هناك بعض الناس أكثر مهارة في السيطرة على عضلاتهم بحكم المران، كالرياضيين، والرقاصين. وليس من الضروري أن تكون للفرد خبرة سابقة لتعلم هذه التقنية الاسترخائية فالتدريب يُكسب ويمنح هذه المهارة.

٥ ـ تطبيق أسلوب إزالة التحسس:

ما أن يتم اعداد المواقف وترتيبها في السلالم الهرمية حسب شدتها، واضحى المريض قادراً على ارخاء نفسه (بعد أن تعلم الاسترخاء) حينئذ نبدأ باجراء ازالة التحسس من المواقف القلقية أو التخوفية وفقاً للاعدادات السالفة الذكر يتم التطبيق وفق التالي:

١ ـ يجلس المريض على مقعد مريح أو يستلقي وهو في حالة مريحة ونطلب منه أن يغلق عينيه، وأن يسترخي وفق ما تعلمه بتركيز انتباهه الى الداخل وجلب انتباهه ثانية الى عضلاته التي يرخيها كلما شرد ذهنه بدءاً من رأسه حتى قدميه.

٢ ـ بعد دقائق عدة يتأكد من وصول المريض الى مستوى قلق يعادل

الصفر: أي أنه في حالة إسترخاء. بعدها يعرض عليه موقفاً (أضعف موقف في السلم الهرمي للحالة التخوفية هدف أزالة التحسس منها) ويطلب إليه أن يتخيله بحيوية كبيرة.

٣ - هذا الموقف الموتر قليلاً يقطع عليه سكينته وهدوءه عند تعريضه له. وما أن يتوتر (برفع الابهام اشعاراً بتوتره) حينئذ يطلب منه أن يعود الى الاسترخاء ثانية بتركيز انتباه على عضلات بدنه إن فترة الاسترخاء هي بحدود من ١٥ - ٣٠ ثانية. وما أن يشعر بزوال التوتر حتى ينطق بكلمة «جيد» وهي كلمة يتفق عليها للدلالة على استعداد المريض للتعرض ثانية للموقف الموتر.

٤ - يعود المعالج بتكرار تعريض المتعالج للموقف ذاته فيناوب بين التعريض والاسترخاء وفقاً لما شرحناه في الفقرة السابقة (ووسطياً تستمر مدة التعريض من ٣ - ٤ مرات) إلى أن يشعر المتعالج أن قلقه ضعيف الى حد كبير أو زال نهائياً.

٥ - بعد ذلك ينتقل المتعالج إلى الموقف التالي في تسلسل المواقف المدرجة في السلم الهرمي المتصاعد فيتعامل معه المتعالج على غرار سابقه، وهكذا حتى الوصول الى الموقف الأكثر تخوفاً الكائن في ذروة السلم ليواجهه ويطفىء الخوف منه.

وعادة يحتاج كل موقف متدرج في سلم واحد بخطواته المجزأة الى مواقف ثانوية متصاعدة في الشدة الى عدة جلسات علاجية وأحياناً ،وحسب نوع الخوف، قد تكفي جلسة واحدة مدتها ساعة واحدة لاطفاء الخوف الرئيس وإزالته

وليعلم المرشد أن إزالة التخوف تخيلياً بالصورة التي شرحناها هي قريبة

جداً من إزالة التخوف كما هو واقع وموجود في الواقع. إذ أن المتعالج - خلال مواجهته ميدانيا وحياتيا للخوف الذي زاله تخيلياً يجد أن الخوف قد تضاءل الى حد كبير كيما يكون المرشد في المنظور، ويفهم هذه التقنية عملياً، نذكر الحالة التالية التي سبق وذكرنا سلمها الهرمي : أي الخوف من الموت عند مريض.

إن أقل مستوى خوف في السلم الهرمي كان رؤية سيارة إسعاف، حيث أعطي لهذا الموقف درجة شدة مقدارها (٥) على السلم. خلال تعريض المتعالج لهذا الموقف تخيلياً وهو في حالة استرخاء عضلي عميق، ثم تثبيط الاستجابة التخوفية على هذا المستوى تثبيطاً جيداً بحيث تضاءلت شدة الخوف من الرقم (٥) الى الرقم (٢).

وعندما تم تعريضه للموقف مرة ثانية بعد دقيقة وهو في حالة استرخاء عميق، انحدر القلق الى الصفر، وبذلك زال الخوف منه. والذي حدث بعد اطفاء هذا المستوى من القلق، فان المستوى التالي الذي هو (مشاهدة المستشفى) قد انخفض القلق فيه الى خمس وحدات بعد أن كان عشر وحدات على المقياس. لذا فإن قلقه من هذا الموقف سيكون منخفضاً بعد التعامل بالاسترخاء. وعلى هذا، وخطوة بخطوة أضحى بالامكان التقدم صعوداً على السلم الهرمي لاطفاء المواقف المتصاعدة في قوة الخوف حتى الوصول الى ذروة الخوف وهو رؤية الميت في التابوت بحيث أن هذا الموقف التخوفي العالي انخفض لوحده عند الوصول اليه لتكون شدته من ٥ ـ ١٠ درجات أو وحدات بدلاً من ١٠٠ وحدة. وهكذا تم اطفاء الخوف برمته بهذه التقنية السحرية العلاجية الرائعة على مستوى التخيل.

لنجاح هذه التقنية، ولتكون فعالة، لا بد لها من أن تجمع الحوادث

المدرجة في السلم الهرمي في الوقت المناسب الضروري لاحداث التبديل الانفعالي ـ السلوكي المطلوب.

وإن الاسترخاء، خلال هذه العملية، يجب أن يهبط ليصبح صفراً، أي السكينة التامة الخالية من القلق. ثم على المتعالج أن يتخيل الموقف تخيلا واقعيا باشراك جميع احساساته ومشاعره. القلقة عند التعرض له، أي يستجيب للقلق كما يتخيله ويؤثر فيه

فهناك كثير من الأفراد قادرون على تخيل المواقف المخيفة وكأنها تبدو في الواقع أنهم يعيشونها تماماً في خيالاتهم.

عند المرضى الأقلية الذين لا يظهرون اشارات واستجابات تخوفية أو قلقية أو القليل منها خلال تعريضهم تخيلياً للمنبهات أو المواقف باضافة تفاصيل على الموقف المعروض، أو جعل المتعالج يصف المنظر وكيف يتخيله بدلاً من عرضه عليه عرضاً سلبياً. إلا أنه إذا ما فشلت هذه الجهود يتعين على المعالج أن يعرضه للمواقف كما تبدو في الواقع أو عرضها بالصور مثلاً إذا كان المريض يخاف من العناكب، يتعين جلب عنكبوت حي يوضع في قنينة وتعريض المريض له. وفي حالة الخوف من الارتفاعات يتم تعريضه تعريضاً منهجياً الى ارتفاعات متزايدة برفقة المعالج.

٦ ـ بدائل ازالة التحسسات التخيلية.

هناك حالات لا تفيد فيها إزالة المخاوف بالتخيل، والأسباب متعددة. فبعض المرضى لا يبدون استجابات تخوفية للمواقف التي يخافونها تخيليا إلا أنهم يخافونها عندما يواجهونها في الواقع.

وهنا يلجأ المعالج الى تعريض المريض للمواقف ميدانياً أو بالصور بينما يكون هذا الاخير في حالة استرخاء. كما أن ازالة التحسس يفشل عند المرضى الذين لا يستطيعون الاسترخاء، أو أن استرخاءهم لا يوصلهم الى درجة السيطرة على الانفعال والهدوء والسكينة. وفي بعض الاحيان نستعين بالتنويم الذاتي (الايحاءات) لزيادة الاسترخاء. ثم هناك من الاشخاص الذين لا يستطيعون الاسترخاء نتيجة المشاعر الغريبة التي تنتابهم وهم في عملية الاسترخاء مثل الحسّ بخفة الوزن، أو الثقل، أو الحذر الحسي الشديد وما إلى ذلك من إحساسات غير مألوفة (الخوف الاشراطي). ويمكن عند هؤلاء تثبيط هذا القلق بعدة طرق. من هذه الطرق اللجوء الى تخيل مواقف مثيرة سارة، مثل تخيل ممارسة العاب رياضية مشوقة، أو أي هواية يميلون اليها. واحياناً يعطى بعض المرضى المهدئات خلال عملية إزالة التحسس لاضعاف القلق ولكن هذه الحالة تتم باشراف طبيب سيكاتري.

ونافلة القول، إننا فصلنا وأسهبنا في شرح تقنية إزالة التحسس ليكون هذا العرض واضحاً وسهل التطبيق حيث بامكان المرشد الإجتماعي أو السيكولوجي تطبيق هذه التقنية بل وتدريب المراهق على التمرين عليها كعون ذاتي في عملية ازالة حالات القلق والمخاوف كجزء من الاطار الارشادي العام الرامي الى تحرير المراهق المتعالج من المشكلات النفسية التي غالباً ما تحرض على النزوع الادماني كما شرحنا.

المقولات التي تصلح لاخراجها ملصقات حائط Posters توضع على الجدران في الاصلاحيات

١ ـ الآلام والمتاعب التي يسببها تعاطي المخدرات والكحول للمراهق والحدث:

المواضيع المراد اخراجها بشكل صور ملصقات:

أ ـ التصرف تصرفاً أرعن مجنوناً.
ب ـ الأداء السيئ.
جـ ـ فقدان الأصدقاء، وابتعاد الاقرباء، وخسارة الوالدين والضياع.
د ـ العزلة والرفض من جانب المجتمع.
هـ ـ فقدان المدرسة والعمل والتشرد.
و ـ السلوك العدواني ضد الناس.
ز ـ التعرض للحوادث.
ح ـ الانخراط في السلوكيات المضادة للمجتمع (السرقة وغيرها.).
ط ـ فقدان الصحة البدنية والنفسية
ي ـ سيطرة الافكار الخرقاء اللاواقعية
ك ـ التعرض للاضطرابات العقلية.
٢ ـ حسنات ومميزات الاقلاع عن المخدرات والكحول.
المواضيع المراد اخراجها بشكل صور ملصقات:

أ ـ التمتع بالصحة الجيدة.
ب ـ التفكير العقلاني السليم.
جـ ـ توافر المال واكتسابه وفرص الدراسة أو العمل.
د ـ التصرف بذكاء وفطنة.
هـ ـ الانجاز الجيد.
و ـ كسب الاصدقاء والاحتفاظ بالصداقات.
ز ـ التعامل تعاملاً بناءً وتكيفياً مع الاصدقاء والمحيط.
ح ـ مساعدة الاخرين واسعادهم.

ط ـ العيش لمدة أطول .

ي ـ اكتساب السيطرة على الذات والصحة النفسية .

طبعت بالمطابع الأمنية بدار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض ١٤١٤هـ - ١٩٩٣م

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات
الأمنية والتدريب بالرياض